Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 10. 5. März. 1889.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

36. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Periostitis am Unterkiefer.

Von Dr. med. *W. Herzog*, Privatdocent für Chirurgie an der Universität München.

(Nach einem Vortrag, gehalten in der Sitzung des ärztlichen Vereins zu München am 6. Februar 1889.)

Meine Herren! Die Periostentzündungen an den Kiefern gehören zu den häufigen chirurgischen Erkrankungen. Dieselben nehmen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ihren Ausgangspunkt von einem kranken Zahn und bleiben für gewöhnlich auf einen umschriebenen Theil des Knochens beschränkt.

Als ein seltenes Vorkommen ist es zu bezeichnen, wenn derartige Erkrankungen, welche in der eben erwähnten geringen Ausbreitung als ungefährliche und harmlose zu bezeichnen sind, auf einen grösseren Theil des Knochens und auf die angrenzenden Gebilde fortschreiten, wobei sie dann zu den bedenklichsten Erscheinungen führen können.

Zu den Ausnahmen gehört es aber, sowohl wenn eine Entzündung des Kieferperiostes ohne Betheiligung von kranken Zähnen oder sonstigen bekannten ätiologischen Momenten entsteht und den grösseren Theil des Knochens ergreift, als auch wenn eine derartige weit ausgedehnte Eiterung und Ablösung des Periostes ohne Hinterlassung schwerer Folgen abläuft.

Es dürfte sich daher die kurze Mittheilung des folgenden Falles rechtfertigen, bei dem es sich bei gesunden Zähnen und ohne nachweisbare causale Momente um eine Periostitis des Unterkiefers handelte, welche sich schleichend über mehr als die Hälfte des Knochens ausbreitete und auch noch das eine Unterkiefergelenk in Mitleidenschaft zog. Der Process dauerte zwar mehrere Monate, heilte aber schliesslich vollkommen aus, ohne Hinterlassung irgend welcher Folgezustände.

Ich lasse nun die kurze Krankengeschichte folgen:

Herr D., Grosshändler, 46 Jahre alt, verheirathet in München, trat, durch die Güte des Hrn. Dr. Schech mir zugewiesen, am 9. Januar 1887 in meine Behandlung. Die Anamnese ergab in Bezug auf Tuberculose sehr schwere hereditäre Belastung. Patient selbst litt vor 6 Jahren an Lungenblutung und reichlichem Auswurf, der sich aber seither ziemlich verloren hat. In der letzten Zeit vor der Erkrankung war er vollständig gesund, auch ging kein Trauma am Unterkiefer voraus. Ebenso will er nie an den Zähnen gelitten haben.

Auf einer Geschäftsreise vom 25. December 1886 bis 1. Januar 1887 blieb Patient bei den damaligen starken Schneestürmen und Verwehungen im Bahnzug auf offener Strecke stecken und bekam heftige Schmerzen an den rechten unteren Zähnen, die aber nach einem Tage so ziemlich wieder verschwanden, und die nie auf einen bestimmten Zahn localisirt waren, sondern diffus auf die ganze untere Zahnreihe sich erstreckten; auch war kein einzelner Zahn bei Berührung besonders schmerzhaft. Am Tage nach der Rückkunft begannen die Schmerzen von neuem heftiger aufzutreten, denen am darauffolgenden Tage Schwellung der rechten Unterkiefergegend folgte. Am 7. Januar wurde sodann ein Einschnitt unter dem Kinn gemacht, der Eiter entleerte.

Wie ich den Patienten am 9. Januar Morgens zum ersten Male sah, war die Kinngegend und der nach links hin angrenzende Theil des Unterkieferknochens, sowie die obere Halsgegend geschwollen, die Haut geröthet, Temperatur erhöht. Aus der Incisionswunde am Kinn entleerte sich bei Druck wenig Eiter, und in der Tiefe kam man auf freiliegenden Knochen.

An den Zähnen war nichts abnormes zu constatiren, insbesondere befand sich weder unter den rechten unteren Zähnen ein cariöser, noch war an einem dieser Zähne eine Geschwulst oder Verdickung des Zahnfleisches vorhanden. Auch konnte keine entzündliche Infiltration von den Zähnen ausgehend und zu dem Eiterherd sich erstreckend nachgewiesen werden. Die Untersuchung der Lungen ergab völlig normale Verhältnisse.

Unter Zunahme der Erscheinungen wurde am 15. Januar rechts seitlich vom Kinn über einer Gewebslücke eine breite Incision gemacht, von der man ebenfalls auf freiliegenden Knochen kam. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit dehnte sich aber unter Fiebererscheinungen weiter gegen den Kieferwinkel aus, so dass am 25. Januar eine neue breite Incision am rechten Kieferwinkel angelegt werden musste. In der Tiefe derselben lag der Knochen blos, und man kam längs des freiliegenden Knochens bis zur Incision am Kinn. Doch konnte nirgends eine Rauhigkeit oder eine cariöse Stelle constatirt werden, und auch jetzt war der Alveolarfortsatz ganz unbetheiligt, sondern der Process spielte sich an der Vorderfläche des Unterkieferkörpers ab. Es wurde sodann eine Drainage vom Kieferwinkel bis zum Kinn eingelegt.

Obgleich nun der Process am Knochen vorerst Stillstand zu machen schien, schwollen die Submaxillardrüsen an der rechten Seite des Halses an und begannen unter neuen Fiebererscheinungen zu vereitern, so dass am 10. März im oberen Drittel der rechten Halsseite incidirt, die noch nicht vereiterten Drüsenreste mit dem scharfen Löffel entfernt und die grosse Wundhöhle mit Jodoformgaze austamponirt wurde. Damit war der Process am Halse zum Stillstand gekommen: die Wunde verkleinerte sich und heilte bald fest zu.

Jedoch schon im Februar hatte sich eine Kieferklemme ausgebildet, so dass im März der Mund fast gar nicht geöffnet werden konnte und die Ernährung schwierig wurde. Zugleich begann die Gegend des Unterkieferastes und des Kiefergelenkes zu schwellen und äusserst schmerzhaft zu werden. Die ödematöse Schwellung erstreckte sich bald über die ganze rechte Gesichtshälfte und es traten heftige Schmerzen im Ohre auf. Zugleich entleerte sich gegen Ende März Eiter in den Mund neben den rechten unteren Backenzähnen und zwar an der Innenseite derselben gegen den Mund zu.

Es wurde daher am 1. April von der alten Incision am Kieferwinkel ein Schnitt nach oben angelegt bis ungefähr zur Mitte des aufsteigenden Astes. Dabei fand sich die ganze Vorderfläche desselben vom Periost entblösst, und man gelangte bis in das vereiterte Unterkiefergelenk, in welchem das Köpfchen

des Gelenkfortsatzes rauhe Knochenoberfläche zeigte. Von unten her kam man auch um den Rand des Unterkiefers herum an die Hinterfläche des Astes, welche ebenfalls bis zum Gelenk hin vollständig frei lag. Zugleich wurden noch zwei Backenzähne, neben denen sich der Eiter entleert hatte, zur Vorsorge ausgezogen. Die entfernten Zähne waren nicht abgelockert, sondern steckten fest in den Alveolen. Auch waren sie beide gesund und an den Wurzeln nicht afficirt; blos der eine zeigte auf der Seite einen schwarzen Fleck, aber ohne cariösen Substanzverlust. Ausserdem wurden alle alte Fisteln nochmals mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.

Damit war der Process definitiv zum Stillstand gekommen. Die Wunden verkleinerten sich rasch und die Secretion verminderte sich. Während eines Erholungsaufenthaltes in Meran bildete sich Mitte April aus der, inzwischen zur Fistel gewordenen letzten Incision am Unterkieferaste, bei deren Anlegung seinerzeit die Parotis angeschnitten worden war, eine Speichelfistel, aus der, besonders beim Essen, der Speichel fast continuirlich abtropfte. Zugleich trat eine Parese der unteren Muskeln der rechten Gesichtshälfte in Folge durchschnittener Facialisäste ein; auch stiessen sich noch zwei kleine nekrotische Knochenstückchen von der Gegend des Kiefergelenkes ab.

Die Heilung machte aber fortwährend Fortschritte, sodass nach der Rückkehr von Meran Mitte Mai die Speichelfistel und die übrigen Incisionen mit Ausnahme einer fest vernarbt waren. Nirgends mehr am Unterkiefer war eine entzündliche und schmerzhafte Stelle vorhanden, bloss am Kinn hatte sich die alte Incision noch nicht geschlossen; doch auf mehrmaliges Aetzen heilte auch diese Ende Mai definitiv zu. Der Mund wurde schon wieder so weit geöffnet, dass 2 Finger zwischen die Zahnreihen eingeführt werden konnten. Die Parese der unteren rechten Gesichtsmuskeln war auch bedeutend zurückgegangen.

Zum Schlusse bildete sich noch, zuerst an der alten Fistel am Kinn auftretend, ein borkiges Eczem, welches dann fast über den ganzen Körper wegging und besonders heftig an den behaarten Körpertheilen auftrat. Dasselbe heilte erst nach energischer Cur in einer auswärtigen Heilanstalt für Hautkranke Mitte des Sommers definitiv ab.

August 1888 konnte bei einer neuerlichen Untersuchung folgender Zustand constatirt werden: Die Bewegungen des Unterkiefers sind in jeder Beziehung vollständig normal ausführbar; der Mund kann normal weit geöffnet werden. Die Parese der rechten unteren Gesichtshälfte ist so gut wie vollständig verschwunden; der rechte Theil des Unterkiefers zeigt ausser einer leichten Verdickung des unteren Randes nichts abnormes. Alle Incisionen sind fest vernarbt. Die Ernährung, das Allgemeinbefinden und das Aussehen sind vortrefflich.

Wenn wir nun zur näheren Betrachtung unseres Falles übergehen, so dürfte vor allen Dingen die Frage nach der Aetiologie des Processes zu besprechen sein. Die weitaus grösste Mehrzahl der entzündlichen Affectionen an den Kiefern nimmt ihren Ausgangspunkt von krankhaften Zuständen der Zähne. Zuerst wären als Uebergänge zwischen chronischen und acuten Affectionen die Cysten zu nennen, die in beiden Kiefern bis zu faustgrossen Höhlen beobachtet wurden und deren Inhalt manchmal eiterig geworden war. Als Ursache zu ihrer Bildung lassen sich häufig zurückgehaltene oder nicht durchgetretene Zähne, und zwar meistens ein Weisheitszahn nachweisen.

Die häufigste Form der entzündlichen Processe an den Kiefern in Folge von kranken Zähnen besteht in einer Entzündung der Wurzelhaut der betreffenden Zähne, in Folge deren sich Eiter bildet. Dieser giebt dann entweder dadurch, dass er nach oben steigt und sich zwischen Zahn und Zahnfleisch ergiesst, Veranlassung zum sogenannten subgingivalen Abscess; oder der Eiter perforirt von der Spitze der Wurzel aus den Alveolarfortsatz, kommt unter dem Periost des Kiefers zum Vorschein und bewirkt hier den subperiostalen Kieferabscess, die Parulis [1]). Hiebei kann die Länge der Wurzel und die Dauer der Affection für die Localisation dieser Abscesse von Wichtigkeit sein; denn wenn die Wurzel die Gingivo labialfalte überragt, so tritt der Eiter gleich nach Durchbruch der Alveolenwand in das Gewebe der Backe und des Kinnes und kann dann nach aussen perforiren und die sogenannte Zahnfistel bilden. Dabei kann sich in den Weichtheilen der Abscess am Oberkiefer bis zum unteren Augenlid, am Unterkiefer bis unter das Kinn und an den Hals oder noch weiter erstrecken. So berichtet Nicolai [2]) von einem Falle, in dem sich eine 1 cm über der Brustwarze befindliche und 8 Monate bestehende Fistel als von einem cariösen Mahlzahn des Unterkiefers ausgehend herausstellte und nach Entfernung desselben spielend heilte. Diese beiden Arten von Abscessen sind ungemein häufig, bleiben in der Regel am Knochen umschrieben und verlaufen chronisch, bewirken aber doch auch dann manchmal kleine Nekrosen am Alveolarrand.

Wenn nun auch diese Processe, so lange sie am Knochen localisirt bleiben, für gewöhnlich keine ernstlichen Folgen haben, so können sie doch, wenn sie am Knochen selbst sich weiter ausdehnen, dann zu den bedenklichsten Erscheinungen führen. Das Uebergreifen der Eiterung auf grössere Strecken des Knochens, die septische Osteomyelitis, kann zu Nekrose führen, wodurch sich in einer Reihe von Fällen theils grössere, theils kleinere Theile oder auch der ganze Unterkiefer abstiessen und von aussen oder vom Munde aus entfernt wurden. Die Heilung erfolgte meistens erst nach langer Zeit, und zwar entweder unter Regeneration des Knochens, oder bloss mit Bildung von fibrösen Strängen. Derartige Fälle sind in letzter Zeit von Dunal [3]), Gironde [4]), Pietrzikowski [5]) und anderen beschrieben worden.

Doch können solche ausgedehnte Processe vor vollständiger Abstossung des Sequesters auch den Tod durch Septicämie und Pyämie herbeiführen, wie in den Beobachtungen von Ritter [6]) und Poncet [7]). Auch Albert [8]) theilt 2 derartige Fälle von Studenten mit, bei denen es während des Entwickelungsstadiums einer derartigen Affection zur tödtlichen Pyämie kam. Ebenso betonen E. Fränkel und Schede [9]) die Gefährlichkeit derartiger Processe.

Besonders der Oberkiefer ist in Bezug auf schwere Folgen solcher ausgedehnter Zahnabscesse gefürchtet. Vor allen Dingen wäre hier die Perforation in die Kieferhöhle mit consecutiver Eiterung in derselben zu erwähnen. Von hier kann, wie in dem Falle von Mair [10]) die Entzündung noch weiterschreiten durch das Os ethmoideum in die Orbita, sodann durch das Foramen opticum in die Schädelhöhle dringen und dort eine

---

[1]) Ich folge hier der Darstellung, wie sie sich in den chirurgischen Lehrbüchern findet, und weiss sehr wohl, dass ich mich damit nicht in Uebereinstimmung mit den zahnärztlichen Lehrbüchern befinde. Denn in letzteren wird für gewöhnlich jede Eiteransammlung unter dem Zahnfleisch als Parulis bezeichnet, gleichviel, wo der Eiter herkommt. Ich glaube aber, dass es praktischer ist, diesen Namen blos für den subperiostalen Abscess zu reserviren.

[2]) Nicolai, Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. VI. Jahrgang. December-Heft p. 469.

[3]) Dunal, Mem. de méd. milit. 1863. Febr. Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht 1865. 3. Band, p. 205.

[4]) Gironde, Prothese immediate. Lyon. Soc. des scin. med. Nr. 23. 1879. — Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht 1879. II. p. 496.

[5]) Pietrzikowski, Oesterreich.-ungar. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, 1886. Heft 4.

[6]) Ritter, Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde: 1886. H. 4.

[7]) Poncet, M., Bull. de la Soc. de Chirurg. 10. Febrier 1886 und Gaz. des Hôpit. 1886, Nr. 19. Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht, 1886, II. p. 309 und 497.

[8]) Albert, Lehrbuch der Chirurgie. 3. Auflage, 1884. I. Band. p. 269.

[9]) Sitzung des ärztlichen Vereines zu Hamburg am 29. Mai 1888. Diese Wochenschrift, Nr. 23. 1888.

[10]) Mair, Edinburgh. med. Journal. May. 1866. Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht 1866. II. p. 410.

tödtliche septische Meningitis verursachen. Doch auch vom Unterkiefer aus kann eine durch die Fossa pterygo maxillaris in die Orbita und Schädelhöhle dringende Eiterung den Tod herbeiführen, wie in den Fällen von Horsley[11]) und Goodhard[12]). Kurz dürften hier noch die Folgen der nach der Augenhöhle sich erstreckenden Abscesse am Oberkiefer zu nennen sein. Es wurden in dieser Richtung beobachtet: Photophobie, Amaurose, Blepharospasmus, Otalgie, Geruchsstörungen und Accomodationsparese.

Ausser diesen unzweifelhaft von krankhaften Zähnen ausgehenden Affectionen kommen aber auch eine Anzahl von entzündlichen Processen an den Kiefern vor, bei denen die Zähne nicht die unmittelbare Ursache zum Ausbruche sind. Abgesehen von der hauptsächlich am Oberkiefer, in einzelnen Fällen auch am Unterkiefer beobachteten cariösen Nekrose, die zweifellos zur Tuberculose gehören dürfte, sind hier vor allem die Phosphor-, dann die syphilitische und schliesslich die sogenannte exanthematische Nekrose zu nennen. Bei allen diesen Formen kommen sowohl umschriebene als auch ausgedehnte Knochenentzündungen und Periostvereiterungen und dadurch bedingte Nekrosen vor.

Von besonderem Interesse sind die von Salter[13]) unter dem Namen der »exanthematischen Nekrosen« zusammengefassten Formen. Es können nämlich, besonders im jugendlichen Alter, nach acuten Exanthemen wie Masern, Scharlach, Pocken leichtere oder weit ausgedehnte Periost- und Knochenentzündungen mit consecutiver Nekrose einzelner Theile oder auch ganzer Kiefer auftreten, wie erst kürzlich von Schmid[14]) ein solcher Fall beschrieben worden ist, in dem sich nach Masern der ganze Unterkiefer nekrotisch abstiess und Heilung erfolgte. Doch auch nach Typhus, wie in einem Falle von Heath[15]), in dem nach Ablösung und Entfernung des ganzen Unterkiefers vollständige Heilung eintrat, oder überhaupt nach schweren fieberhaften schwächenden Krankheiten sind derartige Affectionen beobachtet worden.

Es kommen aber unzweifelhaft auch Fälle vor, welche jedoch bis jetzt weniger Beachtung gefunden haben, bei denen entfernt oder in der Nähe von Zähnen Kieferabscesse entstehen, ohne dass kranke Zähne und Zahnaffectionen vorhanden sind, oder Exantheme und andere schwere Krankheiten vorausgegangen waren. König[16]) erwähnt derartige Fälle und bemerkt dazu, dass dieselben allerdings fast bloss im jugendlichen Alter, auch ohne vorangegangene Exantheme in leichten und schweren Formen vorkämen, von denen die letzteren gewöhnlich zu Nekrosen führten. Von Senftleben[17]) sind solche Formen als »rheumatische« bezeichnet worden, und er rechnet hiezu diejenigen Fälle, in denen ohne eines der oben angeführten ätiologischen Momente bei gesunden Zähnen nach einer heftigen Erkältung eine ausgedehnte Periostvereiterung mit Nekrosenbildung auftritt.

Nach den eben ausgeführten Erörterungen dürfte es sich in unserem Falle um eine derartige sogenannte rheumatische oder spontane Kieferknochenhautentzündung gehandelt haben. Es war nämlich weder ein Exanthem noch eine andere schwere schwächende Krankheit oder Trauma vorangegangen, an die Folgen von Syphilis oder der Einathmung von Phosphordämpfen konnte nicht gedacht werden. Eine Entzündung, die von einem kranken Zahne fortgeleitet war, konnte auch nicht vorliegen, da alle Zähne vollständig gesund waren, auch die vorangegangenen Schmerzen nie auf einen bestimmten Zahn localisirt, sondern über die ganze rechte Unterkieferseite gleichmässig ausgebreitet bezeichnet wurden. Auch war, wie der Patient in meine Behandlung trat, weder ein cariöser Zahn, noch am Zahnfleisch eine Entzündung und Schwellung zu constatiren. Gegen die Abhängigkeit von den Zähnen sprach weiter der Umstand, dass der Process zuerst entfernt von den Zähnen am Kinn auftrat und von dieser Stelle bis zum Alveolarfortsatz keine entzündliche Infiltration zu bemerken war. Auch später war der Alveolarfortsatz und das Zahnfleisch unbetheiligt, und die Zähne wurden nie abgelockert, sondern der Process spielte sich lediglich am Körper und den Fortsätzen des Unterkiefers ab. Als im späteren Verlauf der Eiter sich nach innen von den Mahlzähnen in den Mund ergoss, so ist dies wohl dadurch zu erklären, dass sich der Eiter von der Rückfläche des aufsteigenden Unterkieferastes her aussen am Alveolarfortsatz einen Durchbruchsweg ohne Betheiligung der Zähne gebahnt hat. Denn auch die Zähne, die dann aus Vorsicht ausgezogen wurden, sassen fest in den Alveolen, waren vollkommen gesund, und besonders war keine Entzündung an den Wurzeln zu bemerken; bloss der eine Zahn zeigte einen schwärzlich verfärbten Fleck, doch ohne cariösen Defect.

Ferner konnte man aber in Bezug auf Aetiologie, da der Process sich so langsam und schleichend weiter entwickelte, sowohl an Aktinomycose, als auch an Tuberculose denken. Doch durch mehrmalige genaue mikroskopische Untersuchungen des Secretes liess sich sicher die Abwesenheit von Aktinomycespilzen und von Tuberkelbacillen feststellen. Dagegen kann als ätiologisches Moment angeführt werden, dass der Patient, während er in den Schneeverwehungen auf offener Strecke im Bahnzuge stecken geblieben war, sich einer schweren Erkältung ausgesetzt hatte, und dass der Process unmittelbar im Anschluss davon begann.

Es handelte sich demnach im vorliegenden Falle um eine nicht specifische und unabhängig von einer Zahnaffection entstandene langsam fortschreitende Periostitis des Unterkiefers, in deren Verlauf mehr als die Hälfte des Knochens an seiner Vorderfläche und theilweise auch an seiner Hinterfläche durch Eiterung vom Periost entblösst wurde.

Was nun die übrigen Verhältnisse unseres Falles betrifft, so wäre hier vor allen Dingen hervorzuheben, wie geringe Folgen für den Unterkiefer die ausgedehnte Abhebung des Periostes vom Knochen und die ausgedehnte Eiterung am aufsteigenden Fortsatz gehabt hat. Gewöhnlich ist ja eine solche weitgehende Entblössung des Knochens mit beträchtlicherer Nekrosenbildung verbunden. Da aber bei unserem Falle die Entzündung im Ganzen langsam und schleichend fortschritt, und der Knochen als solcher jedenfalls bloss in geringer Ausdehnung an der Entzündung theilnahm, so kam es nur am Gelenkfortsatz zur Abstossung kleiner nekrotischer Knochenstückchen; hier war ja auch der Knochen von beiden Seiten vom Periost entblösst. Sonst legte sich überall das Periost ohne Knochensubstanzverlust vollkommen wieder an.

Klinisch wichtig und besonders schmerzhaft war ferner der Umstand, dass der Eiterungsprocess sich am Fortsatz bis in's Kiefergelenk fortpflanzte, dieses selbst zur Vereiterung brachte unter Zerstörung des Gelenkknorpels und hier auch auf die Hinterfläche des Knochens überging. Zwischen hinein fällt dann noch die Vereiterung der Submaxillardrüsen. Als ein günstiger Ausgang ist es zu betrachten, dass keine Spur von Bewegungshinderniss im Unterkiefergelenk und im Oeffnen

---

[11]) Horsley, The Lancet. Juli 24. 1886.

[12]) Goodhard, Med. Times and Gaz. Juli 1876. Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht, 1876, II. p. 505.

[13]) Salter, Surgic. diseases connected with the teeth. IV.

[14]) Schmid, Oesterreich.-ungar. Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde 1885. Heft 2.

[15]) Heath, Med. Times and Gaz. 1869. Decembre. — Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht 1869. II. p. 527.

[16]) Koenig, Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 5. Auflage 1889. I. Band p. 331.

[17]) H. Senftleben, Bemerkungen über Periostitis und Nekrose am Unterkiefer Virchow's Archiv. 18. Band, p. 346.

des Mundes zurückblieb. Denn in Folge von Vereiterung der Kiefergelenke und von Narbenschrumpfung in der Gegend der Kaumuskeln bildet sich leicht eine schwere Kieferklemme aus, die erst nach längerer Behandlung gehoben wird. Der Grund für den günstigen Ausgang wird darin zu suchen sein, dass bloss der eine und zwar der periphere Theil des Kiefergelenkes, nämlich der zwischen Knorpel und Gelenkköpfchen des Unterkiefers befindliche, betheiligt und zerstört war.

Die Verletzungen der Parotis und des Nervus facialis, welche bei der letzten Incision zu Stande kamen, heilten ebenfalls anstandslos ohne Hinterlassung von Folgezuständen. Lästig für den Patienten war die eine Zeit lang bestehende Speichelfistel, doch vernarbte dieselbe bei fortschreitender Heilung vollständig. Ebenso gingen die nach Durchschneidung von Facialisästen entstandenen Lähmungen so gut wie ganz zurück, wie das ja oft zu beobachten ist. So kann man nach Exstirpationen von scrophulösen Submaxillar-Lymphdrüsen leicht ein Schiefstehen des Mundes, da ein unterer Facialisast durchschnitten ist, entstehen sehen, ein Zustand, der gewöhnlich bald spurlos verschwindet.

Was die Therapie betrifft, so drängt sich zuerst die Frage auf, ob es nicht angezeigt gewesen wäre, die später ausgezogenen Zähne schon im Anfange zu entfernen. Doch dagegen sprach, wie oben des weiteren ausgeführt wurde, dass weder ein cariöser Zahn gefunden werden konnte, noch dass ein fühlbarer Entzündungs-Strang in der vorderen Mundhöhle von einem bestimmten Zahn bis zum Eiterherd am Kinn, überhaupt nie eine Affection des Zahnfleisches und der Zähne nachzuweisen war. Nichtsdestoweniger kann aber doch angenommen werden, dass kleine Läsionen am Zahnfleisch die Eingangspforte für die Entzündungserreger gewesen seien, durch welche dann die Infection erfolgte.

Im Uebrigen bestand die Therapie in genügender Drainagirung und in ausgiebigen Incisionen, welche letzteren möglichst früh und ausgiebig anzulegen, nicht dringend genug empfohlen werden kann und die sich auch in unserem Falle trefflich bewährt haben.

Zusatz zum obenstehenden Vortrag:

Ueber Periostitis am Unterkiefer.

Von Dr. med. *L. A. Weil*, Privatdocent für Zahnheilkunde an der Universität München.

Der mir im Manuskript gütigst mitgetheilte Aufsatz des Hrn. Dr. Herzog veranlasst mich, auch vom zahnärztlichen Standpunkte aus einige Worte zu dem in demselben angeführten Falle hinzuzufügen.

Die mitgetheilte Krankheitsgeschichte ist nämlich für Chirurgen sowohl als Zahnärzte gleich interessant; denn die sogenannte spontane Entzündung des Kieferperiostes ist ausserordentlich selten, und wird von den Schriftstellern beider Disciplinen meist wenig oder gar nicht berücksichtigt, obwohl dieselbe sicher constatirt ist.

Während wir in allen Lehrbüchern beider Richtungen für die Kieferperiostitiden alle die ätiologischen Momente aufgeführt finden, welche Hr. Dr. Herzog in seinem Vortrage erschöpfend aufgezählt hat, so wird doch meistens die spontane Entstehung der Krankheit, die sogenannte rheumatische oder idiopathische Kieferperiostitis, entweder ganz ausser Acht gelassen, oder sie wird, wie z. B. von Baume, Parreidt u. A. nur mit den wenigen Worten abgethan, dass sie sehr selten sei.

Ich möchte mir daher erlauben, im Nachstehenden kurz meine eigenen Erfahrungen über diese Erkrankung beizufügen.

Es sind 4 Fälle, deren ich mich erinnere. Sie alle betrafen den Unterkiefer, und das, glaube ich, ist das Charakteristische an der Erkrankung, dass sie am Oberkiefer nie vorkommt.

Die Patienten waren alle junge, gesunde und kräftige Individuen. Sie kamen sämmtlich mit der Klage, dass sie sich vor wenigen Tagen stark erkältet hätten, dass nach kurzer Frist, ja nach wenigen Stunden, starkes Unbehagen, Frost, leichtes Fieber eingetreten sei. Hiezu gesellte sich Schmerz in den unteren Vorderzähnen, das Gefühl des Länger- und Lockerwerdens derselben, sowie endlich Schwellung des Zahnfleisches und der äusseren Haut bis zum Rande des Kinnes. Letzteres fühlte sich ziemlich hart an. Nach 3 Tagen ungefähr verspürten sie eine Fluctuation am Zahnfleische, und auf Druck entleerte sich am Rande desselben spärlicher Eiter.

An den Zähnen, welche gesund und kräftig entwickelt waren, war keine Spur von Caries oder sonstiger Erkrankung nachzuweisen; ein Trauma oder eines der anderen bekannteren ätiologischen Momente wurde in jedem Falle ganz entschieden in Abrede gestellt.

Alle Fälle heilten nach einmaliger, leichter Incision und entsprechender Nachbehandlung. Bei keinem war ein Recidiv vorgekommen. Gerade diesen letzteren Umstand halte ich für wichtig, weil bei localen Ursachen Rückfälle gewiss nicht ausgeblieben wären.

Wir müssen also ganz entschieden zugeben, dass eine spontane, meist durch Verkältungen erzeugte Periostitis des Kiefers mit Eiterbildung existirt. Dass sie in den meisten Fällen so unbedeutend verläuft und nur in dem Falle von Collega Herzog grosse Dimensionen annahm, ist nicht zu verwundern, wenn wir im Gegensatz zu den sonstigen, ziemlich unbedeutenden Erkältungen bedenken, welchen Insulten der betreffende Patient ausgesetzt war, dass er doch schon im vorgerückteren Alter sich befand, und dass endlich auch die psychische Alteration eine ganz bedeutende war.

Mit diesen wenigen Worten wollte ich also nur bezwecken, auch vom zahnärztlichen Standpunkte aus die Existenz der spontanen, sogenannten rheumatischen Kieferperiostitis festzustellen.

Bericht über eine kleine Epidemie von Schweissfrieselerkrankungen in Hallerndorf.

Mitgetheilt von Dr. *Alfred Riedel*, k. Bezirksarzt in Forchheim.

Wohl das merkwürdigste Vorkommniss auf dem Gebiete der Krankheiten in unserem Königreiche war im verflossenen Jahre eine kleine Epidemie von Schweissfrieselerkrankungen, welche im Juli 1888 in dem Pfarrdorfe Hallerndorf, Amtsgericht Forchheim, aufgetreten ist.

Im genannten Orte kamen im Laufe des Monats Juli 14 Erkrankungsfälle vor, welche nach ihren Erscheinungen keine andere Deutung zuliessen, als dass es sich hiebei um ächte Fälle des sogenannten Schweissfriesels gehandelt hat.

Das Pfarrdorf Hallerndorf zählt 634 Seelen und hat 98 Hausnummern. Es liegt an der Verbindungsstrasse zwischen Adelsdorf und Forchheim dicht am linken Aischufer. Die Häuser stossen gegen Süden an die Aisch, gegen Norden ist die grösste Zahl der Häuser auf eine Anhöhe hingebaut. Der Untergrund ist gegen die Aisch zu Sand, nach der Anhöhe zu Lehmboden.

Bezüglich der Aetiologie dieser Erkrankungen hat die genaueste Recherche weder in den zeitlich-räumlichen, noch in den individuellen und persönlichen Verhältnissen, noch auch in den localen und allgemeinen Zuständen des Ortes auch nur den mindesten Anhaltspunkt ergeben. Die Epidemie kam herab wie ein Blitz aus heiterem Himmel, um nach einer kurzen Dauer von etwa 4 Wochen spurlos wieder zu verschwinden, nachdem sie vier Menschenleben im besten Alter dahingerafft hatte. Der übrige Amtsbezirk war zu jener Zeit nahezu vollständig frei

von acuten Infectionskrankheiten. Von einer erfolgten Ansteckung in den ersten Fällen konnte keine Rede sein; weit und breit war von einer ähnlichen Erkrankung vorher Nichts gehört worden. Die Wasserversorgungsverhältnisse sind günstig, die Reinlichkeit im Orte lässt Nichts zu wünschen übrig; die Erkrankten gehörten dem besser situirten Theile der Einwohnerschaft an. Ich selbst habe keinen dieser Fälle in stadio acmes beobachtet; ich erhielt von der kleinen Epidemie erst Kenntniss, nachdem dieselbe bereits so ziemlich abgelaufen war. Bei den nachträglich gepflogenen Recherchen war ich daher zumeist auf den Bericht des einen der behandelnden Aerzte, des Hrn. Dr. Hoffmann von Erlangen, sowie auf die Angaben und Mittheilungen der genesenen Kranken und die der Angehörigen der Verstorbenen angewiesen.

Die sämmtlichen 14 Erkrankungsfälle standen in ärztlicher Behandlung und zwar anfänglich seitens des approbirten Arztes Kraft von Adelsdorf, späterhin seitens des praktischen Arztes Dr. Hoffmann von Erlangen.

Ich gebe nachstehend eine kurze Skizze des Verlaufes der 14 Fälle von Schweissfriesel. Es waren darunter 2 Männer und 12 Frauen. 4 Frauen sind gestorben. Alter und sonstige Nebenumstände sind für jeden einzelnen Fall angegeben.

A. Die tödtlich verlaufenen Fälle.

4 Frauen.

1) Stühler Kunigunde, 35 Jahre alt, Schneidersehefrau, vor $1^1/_4$ Jahren zum letzten Male entbunden, stirbt am 2. Juli nach achttägiger Krankheit. Sie erkrankte unter an Intensität zunehmenden Fiebererscheinungen, klagte über Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, hochgradige innere Qual ohne nachweisbare Localisation der Krankheit in einem inneren Organe. Mässige Schweissentwicklung, deutliche Frieselbildung, grosse Mattigkeit und Hinfälligkeit, zuletzt Delirium und rascher Tod wie durch Herzschlag.

2) Gunzelmann Barbara, Bauersfrau, 40 Jahre alt, vor 7 Jahren zum letzten Male entbunden, erkrankt am 11. Juli, gestorben am 16. Juli. Im Anfange starker Frost, Erbrechen, Durchfall, unangenehme Empfindungen von Krampf in den Beinen. Starker Schweissausbruch, deutliche Frieselbildung, namentlich am Oberkörper sichtbar. Zunehmendes Fieber, Trübung des Bewusstseins, rascher Tod wie durch Herzschlag.

3) Lengenfelder Kunigunde, Bauersfrau, 46 Jahre alt, vor 11 Jahren zum letzten Male entbunden, am 3. Juli erkrankt, am 17. Juli gestorben. Sie klagte Anfangs über heftige Kopfschmerzen, es erfolgte starker Schweissausbruch, deutliche Frieselbildung. Das Bewusstsein später getrübt. Der Tod trat zuletzt unerwartet rasch wie bei einem Herzschlage ein.

4) Dörfler Kunigunde, Bauersfrau, 40 Jahre alt, vor 2 Jahren zum letzten Male entbunden, am 17. Juli erkrankt, am 20. Juli gestorben. Beginn der Krankheit mit starkem Frost, reichlicher Schweissabsonderung und Frieselbildung. Nachlass der Krankheitserscheinungen, so dass die Frau aufstehen wollte. Ganz unerwartet und rasch erfolgte der Tod wie durch Herzschlag. Den Ausdruck »Tod wie durch Herzschlag« gebrauchen sämmtliche Angehörige der Verstorbenen wie auch der Leichenschauer.

B. 10 Fälle, welche zur Wiedergenesung führten.

a) 2 Männer.

5) Dörfler Sebastian, Bauer (nicht der Ehemann von Nr. 4), 46 Jahre alt, am 16. Juli erkrankt. War 8 Tage lang krank; starkes Fieber, colossale Schweissbildung, war über und über voll von Friesel. Er giebt an, es sei ihm zu Muthe gewesen, als ob er in einem Backofen gelegen sei. Am 10. August konnte ich noch starke Abschuppung der Haut wahrnehmen, namentlich an den Händen.

6) Pfister Adam, Bauer, 33 Jahre alt, am 20. Juli erkrankt, 8 Tage lang krank. Starkes Fieber, heftiger Kopfschmerz, reichlicher Schweissansbruch und Frieselbildung.

b) 8 Frauen.

7) Weilersbacher Kunigunde, 48 Jahre alt, Bauerswittwe. Vor 20 Jahren zum letzten Male entbunden. Erkrankte am 17. Juli. Die Krankheit währte 9 Tage lang. Starkes Fieber; der Schweissausbruch wird als so reichlich vorhanden gewesen angegeben, dass in 3 Tagen das Hemd 36 mal gewechselt werden musste. Starke Frieselbildung, sonst keine weitere Localisation.

8) Rath Agnes, Förstersgattin, 42 Jahre alt; das jüngste Kind ist $^3/_4$ Jahr alt. Erkrankte am 20. Juli unter sehr starken Kopfschmerzen und war 12 Stunden lang fast bewusstlos. Am 21. Juli Temp. 38,7, Puls 116, beim Aufsitzen Schwindelgefühl. Sie machte den Eindruck einer Schwerkranken. Hauptbeschwerden starker Kopfschmerz und beträchtliche Schweissentwicklung. Der ganze Körper war mit stark sauer riechendem Schweisse übergossen. Deutlicher Frieselausschlag. Die starke Schweissabsonderung dauerte bis zum 5. Tage, dann wieder subjectives Wohlbefinden. Die Rachenschleimhaut bot nichts Besonderes, Milz nicht geschwollen, Urin eiweissfrei. Die Behandlung bestand hauptsächlich in der Darreichung von Antifebrin.

9) Reichelt Marianne, Zimmermannsfrau, 54 Jahre alt, am 20. Juli erkrankt, war 14 Tage lang krank. Beginn der Erkrankung mit Kopfweh, starkem Schwitzen und Frieselbildung. Heftiger Durst, stark ausgeprägtes Mattigkeitsgefühl. Keine sonstigen localen Erscheinungen ausser dem Processe, der sich auf der Haut abspielte.

10) Wagner Margarethe, 32 Jahre alt, Korbmachersfrau; das jüngste Kind ist 3 Jahre alt; am 20. Juli erkrankt, war 14 Tage lang krank. Heftiger Kopfschmerz, starkes Fieber, starker Schweissausbruch mit Frieselbildung. Am 10. August war starke Abschuppung der Haut wahrnehmbar.

11) Kraus Barbara, 34 Jahre alt, Bauersfrau, vor 3 Jahren zum letzten Male entbunden; am 19. Juli erkrankt, 12 Tage lang krank. Sofortiger Schweissausbruch und Frieselbildung, später starke Abschuppung der Haut. Die Schweissproduction war hier eine so colossale, dass die Leibwäsche in den drei ersten Tagen der Krankheit 60 mal gewechselt werden musste, und war das Hemd jedesmal zum Auswinden nass. Bei meiner Anwesenheit am 10. August liess sich die Haut an vielen Stellen des Körpers in grossen und dicken Fetzen abziehen.

12) Mauser Margaretha, 36 Jahre alt, Bauersfrau, vor 10 Monaten zum letzten Male entbunden, am 20. Juli erkrankt, 12 Tage lang krank. Heftiger Kopfschmerz, sehr starker Schweissausbruch, so dass das Hemd in Einer Nacht 6 mal gewechselt werden musste, starke Frieselbildung, später starke Abschuppung.

13) Reichelt Marianne, 50 Jahre alt, Maurersehefrau, vor 8 Jahren zum letzten Male entbunden, am 21. Juli erkrankt, 14 Tage lang krank. Starkes Fieber, starke Schweissproduction, Frieselbildung und spätere Abschuppung.

14) Ruppenstein Marianne, 31 Jahre alt, ledige Bauerntochter, am 14. Juli erkrankt, 14 Tage lang krank. Starkes Fieber, starke Schweiss- und Frieselbildung.

Der geschilderte im Ganzen sehr einfache und charakteristische, bei allen 14 Fällen wiederkehrende Symptomencomplex ergiebt von selbst ohne weitere Discussion zur Genüge, dass eine Verwechslung mit irgend einer anderen uns geläufigeren und bekannteren acuten Infectionskrankheit schlechterdings ausgeschlossen ist.

Sehr erwünscht und interessant wären weitere Mittheilungen, ob denn um jene Zeit nirgends sonst ähnliche Erkrankungen beobachtet wurden.

Die Abgabe von Thierlymphe an die Amtsärzte.

Vom k. Centralimpfarzte Dr. *L. Stumpf* in München.

Die Erfahrung, dass der bisher angewandten Art, die Amtsärzte des Königreiches mit animaler Lymphe zu versorgen, mancherlei in der Natur der Sache begründete Mängel anhaften, liess auf andere Einrichtungen und Methoden sinnen. Ich glaube nun, in der hier zu erläuternden Art ein einfaches Mittel gefunden zu haben, jene Klagen verstummen zu machen,

welche in jeder Impfzeit da und dort laut geworden sind. Der Uebergang von der Impfung mit humanisirter Lymphe zu jener mit animaler, welche die königl. Ministerialentschliessung vom 19. März 1886 inaugurirt hat, liess angesichts der alle Erwartungen übertreffenden Bedarfziffern alsbald die Schwierigkeit hervortreten, sämmtliche Amtsärzte des Königreiches an den von ihnen festgesetzten Terminen mit der bestellten Menge einer an der Centralstelle vorher erprobten Lymphe zu versorgen.

Ein Zahlenbeispiel, bei dem wir der Einfachheit wegen mit nach unten abgerundeten Ziffern rechnen wollen, möge das Gesagte erläutern. Setzen wir den Fall, dass 200 Amtsärzte je 10 Termine, also in Summa 2000 Impftermine, festgesetzt und angemeldet haben, welche sich in dem engen Zeitraume von 60 Tagen mit einem durchschnittlichen Tagesverbrauche von 4000 Portionen abzuwickeln hätten, so wird unschwer einzusehen sein, dass es selbst bei diesen hinter der Wirklichkeit weit zurückbleibenden Zahlen die grössten Schwierigkeiten haben wird, jederzeit mit erprobter Thierlymphe derart versehen zu sein, dass allen Ansprüchen genügt werden kann. Selbst grosse Vorräthe vorausgesetzt, wird es trotz des Aufwandes aller Kräfte während der Impfzeit kaum möglich sein, jederzeit vor der Bestellung soweit im Vorsprunge zu bleiben, als nothwendig ist zu der so wünschenswerthen Vorprobe der Lymphe. Das Versagen der Impfung bei einigen Thieren, worauf man immer gefasst sein muss, kann die sicherste Berechnung in wenigen Tagen über den Haufen werfen, und die geringste Störung des Betriebes lässt in den Tagen des grössten Bedarfs selbst einen scheinbar grossen Vorrath rasch verschwinden. Daraus geht mit Nothwendigkeit hervor, dass gegen Ende des Monats Mai voraussichtlich ein Zeitpunkt eintritt, in welchem die auf's höchste gesteigerte Production von Lymphe von dem Bedarfe eingeholt wird. Wollte man die Abgabe von Lymphe auf 8 Tage gänzlich sistiren, so würde während der Impfzeit mehrmals der unleidliche Zustand eintreten, dass Hunderte von bereits durch die Amtsblätter bekannt gemachten Impfterminen wieder abgesagt werden müssten, und der grösste Theil der betheiligten Amtsärzte, die mit Recht erprobte Lymphe einer nicht erprobten vorziehen, würde sich in diesem Falle mit nichterprobter Lymphe begnügen, da fast ausnahmslos die Meinung vorzuherrschen scheint, dass das Risiko der Impfung mit nichterprobter Lymphe ein kleineres Uebel als die Abänderung und Verlegung der Impftermine ist.

Zu diesen Schwierigkeiten gesellen sich bei der bisherigen Art der Lymphversendung noch andere missliche Umstände. Da während der Impfzeit kein Tag vergeht, an dem nicht eine Anzahl von Abänderungen der ursprünglichen Dispositionen an der Centralstelle einlaufen, z. B. eine Verlegung dieses oder jenes Impftermins auf einen späteren oder früheren Tag, gänzliche Streichung eines Impftermins, Einschiebung neuer Termine, Modification der ursprünglich bestellten Portionenzahl etc., — mancher Tag bringt ganze Reihen solcher Schreiben — so muss fortwährend an dem ursprünglich festgesetzten Programm geändert werden.

Allen Schwierigkeiten, welche ich in den zwei Jahren meiner Amtsführung genau kennen zu lernen Gelegenheit hatte, wird mit einem Schlage ein Ende gemacht durch eine andere Art der Lympheversorgung, d. h. dadurch, dass man zu der vor der Aera der animalen Lymphe üblichen Methode der Lympheversendung wieder zurückkehrt, indem man einen ganzen Amtsbezirk auf einmal mit dem ganzen Bedarfe von Lymphe versieht und es dem Amtsarzte überlässt, seine Impftermine nach eigenem Gutdünken und eigener Bequemlichkeit abzuhalten. Reicht der Impfarzt mit der ihm zugemessenen Lymphemenge nicht aus, so steht es ihm selbstverständlich frei, eine Nachbestellung zu machen; doch wird es Sache der Centralstelle sein, die Lymphe so reichlich zuzumessen, dass Nachbestellungen thunlichst vermieden werden. Wir haben in dieser Hinsicht keine schlimmen Erfahrungen gemacht. Während der Impfzeit des verflossenen Jahres sind aus dem ganzen Königreiche überhaupt nur von zwei Seiten Klagen über zu knappe Zutheilung der Lymphe eingelaufen.

Durch die von mir vorgeschlagene Abänderung der Lympheversendung werden folgende Vortheile erzielt: Erstlich erfüllt die Aenderung der bisherigen Methode in der angegebenen Weise das berechtigte Desiderat der Amtsärzte: nur erprobte Lymphe zu erhalten. Es wird eben nur dann Lymphe verschickt, wenn erprobter Stoff zur Verfügung steht. Der Wunsch, ausser der Hauptmenge der Lymphe noch 1—2 Haarröhrchen derselben Lymphe zu erhalten, um damit eine Vorprobe machen zu können, kann zwar erfüllt werden, ist aber nach meiner Ansicht gegenstandslos, denn das Eine hat die Erfahrung hundertfach gezeigt, dass eine Lymphe, welche in München anschlägt, auch anderwärts nicht fehlschlagen wird, und stehe ich ganz und gar nicht auf dem Standpunkte, dass an dem Fehlschlagen einer Lymphesendung mangelhafte Technik schuld sein müsse. Wer 5 und 10 mal mit grösstem Erfolge geimpft hat, wird nicht plötzlich wegen mangelhafter Technik einen grossen Misserfolg erleben können. An einer missglückten Impfung trägt bei der vieljährigen Uebung und durchschnittlich vorzüglichen Impftechnik unserer bayerischen Amtsärzte in erster Linie die Qualität der Lymphe die Schuld. Eine solche Lymphe, welche fehlschlägt, darf überhaupt fernerhin die Anstalt nicht verlassen. Der Ausschluss eines unwirksamen Stoffes ist aber nur auf die angegebene Weise möglich.

Ein zweiter grosser Vortheil ist bei der vorgeschlagenen Art der Lympheversendung der Ausschluss jedes Irrthums. Es kann fernerhin weder an der Centralstelle ein Impftermin im Königreiche übersehen noch von den Bestellern das Detail ihres Programms vergessen werden, weil die einfache Bestellung lautet: »Ich brauche für meinen Amtsbezirk 1000 oder 1200 Portionen Lymphe«.

Ein nicht zu unterschätzendes Moment ist ferner der Umstand, dass man an der Centralstelle mit ungleich grösserer Ruhe arbeiten kann. Die beständige Frage: »werde ich für den 15., 20. Mai etc. soviel Lymphe haben, um alle Besteller zu befriedigen«, fällt damit von selbst weg.

Dass endlich mit der angegebenen Methode der summarischen Lympheversorgung ganzer Amtsbezirke erheblich an Porto erspart wird, wäre für sich allein kein genügender Grund zur Aenderung, fällt aber als annehmbares Geschenk noch in die Waagschale zu Gunsten unseres Vorschlags.

Es werden aber auch Nachtheile geltend gemacht und Stimmen laut werden, welche sich gegen meinen Vorschlag aussprechen, und diese Bedenken und Einwände werden sich besonders um die Frage drehen, ob denn auch die Impfung eines Amtsbezirks so schnell durchgeführt werden kann, dass der letzte Termin dieselben günstigen Erfolge wie der erste wird aufweisen können, oder mit anderen Worten, ob sich die Lymphe solange, ohne an Wirksamkeit einzubüssen, lagern lässt, bis alle Impfpflichtigen des ganzen Amtsbezirkes geimpft sind. Die Antwort auf diese Frage kann unbedenklich bejaht werden. Auf die ängstlichen Naturen dürfte die Thatsache beruhigend wirken, dass in dem Zeitraume von 2—3 Wochen selbst sehr grosse Amtsbezirke durchgeimpft werden können. Wer nur mit möglichst frischer Lymphe impfen will, kann sich ja ein wenig beeilen. Nach vielfacher und wiederholter persönlicher Rücksprache, welche ich mit sehr beschäftigten Amtsärzten gepflogen habe, bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass es im ganzen Königreiche Bayern keinen Amtsbezirk gibt, in welchem die Impfung nicht mit Leichtigkeit in dem Zeitraume von 4 Wochen zur vollständigen Durchführung gebracht werden kann. In 4 Wochen aber wird sich die übersandte und vielleicht im Keller oder an einem anderen passenden Orte aufbewahrte Lymphe kaum merklich verändern.

Zum Beweise dessen möge eine Reihe von Versuchen dienen, welche im vergangenen Jahre zu dem ausgesprochenen Zwecke angestellt worden sind, darauf den Vorschlag zu einer Aenderung der Lympheversendung zu gründen.

I. Versuchsreihe. Mit dem Stoffe des Kalbes Nr. 16 wurde an 5 aufeinanderfolgenden öffentlichen Terminen geimpft, und ergaben diese Impfungen folgende Resultate:

1. Termin, abgehalten am 2. Mai 1888. Geimpft wurden 76 Erstimpflinge. Davon mit Erfolg 74. Mit unbekanntem Erfolge 2. Ohne Erfolg 0. Die mit Erfolg geimpften 74 Kin-

der zeigten am Controltage 375 Pusteln (2 Kinder hatten je 1 Pustel). Auf jedes Kind trifft somit die Durchschnittszahl von 7,7 Pusteln.

2. Termin, abgehalten am 9. Mai. Geimpft wurden 147 Kinder. Davon mit Erfolg 141. Mit unbekanntem Erfolge 6. Ohne Erfolg 0. Die geimpften und zur Controle erschienenen 141 Kinder zeigten 1154 Pusteln (3 Kinder hatten je 1 Pustel). Durchschnittliche auf 1 Kind entfallende Pustelzahl: 8,0.

3. Termin, abgehalten am 16. Mai. Geimpft wurden 217 Kinder. Davon mit Erfolg 214. Mit unbekanntem Erfolge 3. Ohne Erfolg 0. Die 214 zur Controle erschienenen Kinder zeigten 1661 Pusteln (4 Kinder je 1 Pustel). Durchschnittliche Pustelzahl für 1 Kind: 7,7.

4. Termin, abgehalten am 23. Mai. Geimpft wurden 319 Kinder. Davon mit Erfolg 305. Mit unbekanntem Erfolge 9. Ohne Erfolg 5 (darunter 2 Erstimpflinge zum 3. Male). Die zur Nachschau gebrachten und mit Erfolg geimpften Kinder hatten eine Gesammtzahl von 2441 Pusteln aufzuweisen (1 Kind zeigte 1 Pustel). Durchschnittliche Pustelzahl für 1 Kind: 7,8.

5. Termin, abgehalten am 30. Mai. Zur Impfung waren erschienen 249 Kinder. Davon wurden mit Erfolg geimpft 239. Mit unbekanntem Erfolge 10. Ohne Erfolg 0. Die am Controltage erschienenen 239 Kinder zeigten eine Pustelzahl von 1911 (2 Kinder je 1 Pustel). Durchschnittliche Pustelzahl für 1 Kind: 7,9.

Die vergleichende Zusammenstellung der Ergebnisse des 1. und 5. Termins ergibt also, dass mit demselben Stoffe des Kalbes Nr. 16 in der Zeit vom 2. bis 30. Mai die nachstehenden Impferfolge erzielt wurden:

	1. Termin:	5. Termin:
Mit Erfolg geimpft . . .	97,3 Proc.	95,9 Proc.
Mit unbekanntem Erfolge .	2,6 »	4,0 »
Je 1 Pustel hatten 4 Kinder =	5,2 »	2 Kinder = 0,8 »
Ohne Erfolg geimpft . . .	0 »	0 »
Auf 1 Kind treffen	7,7 Pusteln.	7,9 Pusteln.

Da nun die Zahlen der mit »unbekanntem Erfolge« Geimpften von keiner Bedeutung sind, und mit der grössten Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass auch die nicht zur Nachschau erschienenen Erstimpflinge mit vollem Erfolge geimpft worden sind, so zeigt das Ergebniss des 5. Termins im Vergleiche mit dem des ersten nicht nur keine Verschlechterung, sondern sogar eine Verbesserung des Gesammtresultats, indem die auf 1 Kind entfallende durchschnittliche Pustelzahl von 7,7 auf 7,9 gestiegen ist, während sich die Zahl der mit dem ungenügenden Erfolge von nur einer Blatter geimpften Kinder von 4 im 1. Termine (5,2 Proc.) auf 2 (0,8 Proc.) im 5. Termine ermässigte.

Somit ist für die Lymphe des Kalbes Nr. 16 der vollgiltige Beweis geliefert, dass in dem Zeitraume von 5 Wochen nicht die geringste Abnahme der Virulenz des Stoffes bemerkbar geworden ist.

II. Versuchsreihe. An 4 öffentlichen Terminen wurde der Stoff des Kalbes Nr. 22 verimpft, und ergaben sich dabei nachstehende Resultate:

1. Termin, abgehalten am 5. Mai 1888. Geimpft wurden 35 Erstimpflinge. Davon mit Erfolg 33. Mit unbekanntem Erfolge 0. Ohne Erfolg 2. Die 33 mit Erfolg geimften Kinder hatten eine Gesammtzahl von 288 Pusteln (kein einziges Kind hatte 1 Pustel). Durchschnittliche auf 1 Kind entfallende Pustelzahl 8,7.

2. Termin, abgehalten am 12. Mai. Geimpft wurden 42 Kinder und zwar sämmtliche mit Erfolg. Diese hatten insgesammt 345 Pusteln (kein einziges Kind hatte 1 Pustel). Durchschnittliche Pustelzahl für 1 Kind 8,2.

3. Termin, abgehalten am 19. Mai. Geimpft wurden 45 Kinder, sämmtliche mit Erfolg. Sie zählten in Summa 370 Pusteln (kein einziges Kind hatte 1 Pustel). Somit treffen auf 1 Kind 8,2 Pusteln.

4. Termin, abgehalten am 26. Mai. Geimpft wurden 94 Kinder. Davon mit Erfolg 91. Mit unbekanntem Erfolge 3. Ohne Erfolg 0. Die mit Erfolg geimpften 91 Kinder wiesen am Tage der Nachschau 687 Pusteln auf (kein einziges Kind hatte 1 Pustel). Durchschnittliche auf 1 Kind entfallende Pustelzahl 7,5.

Wir sehen also auch in dieser Versuchsreihe in Bezug auf den persönlichen Erfolg nicht die geringste Abnahme der Wirksamkeit. Nur der Pustelerfolg zeigt einen Rückgang von 8,7 im 1. Impftermine auf 7,5 im 4. und letzten Termine. Doch lässt sich bei der geringen Kinderzahl, um welche es sich in dem vorliegenden Versuche handelte, der Zufall nicht völlig ausschliessen. Die Lymphe bewahrte noch bis zu ihrem letzten Reste eine völlig ausreichende Wirksamkeit.

III. Versuchsreihe. Mit dem Stoffe des Kalbes Nr. 63 wurden 5 öffentliche Impftermine abgehalten, und zwar am 2., 6., 9., 13. und 23. Juni. Da der 2. und 3. Termin zeitlich zu nahe aufeinander folgen, so können sie füglich ausser Betrachtung bleiben. Der 1., 4. und 5. Termin lieferte folgende Ergebnisse:

1. Termin, abgehalten am 2. Juni 1888. Geimpft wurden 77 Kinder. Davon mit Erfolg 74. Mit unbekanntem Erfolge 2. Ohne Erfolg 1. Die 74 mit Erfolg geimpften Kinder zeigten am Controltage eine Gesammtzahl von 714 Pusteln (kein einziges Kind hatte 1 Pustel). Durchschnittliche Pustelzahl für 1 Kind 9,6.

4. Termin, abgehalten am 13. Juni. Geimpft wurden 283 Kinder. Davon mit Erfolg 269. Mit unbekanntem Erfolge 13. Ohne Erfolg 1. Die 269 mit Erfolg geimpften Kinder hatten eine Gesammtzahl von 2460 Pusten (1 Kind hatte 1 Pustel). Durchschnittliche Pustelzahl für 1 Kind 9,1.

5. Termin, abgehalten am 23. Juni. Geimpft wurden 89 Kinder. Davon mit Erfolg 84. Mit unbekanntem Erfolge 4. Ohne Erfolg 1. Die 84 zur Nachschau erschienenen und mit Erfolg geimpften Kinder hatten eine Gesammtzahl von 711 Pusteln (kein einziges Kind hatte 1 Pustel). Durchschnittliche Pustelzahl für je 1 Kind 8,4.

Auch in dieser 3. Versuchsreihe zeigte sich also keine Abnahme der Wirksamkeit der Lymphe in Bezug auf den persönlichen Erfolg. Nur die Zahl der auf einen Impfling entfallenden Pusteln lässt eine geringe Neigung zum Rückgange erkennen. Doch bewahrte auch dieser Stoff viele Wochen hindurch bis zu seinem letzten Reste eine vorzügliche Wirksamkeit.

Aus diesen 3 Versuchsreihen dürfte zur Genüge hervorgehen, dass bei einer Lymphe von erprobter Wirksamkeit keine Abschwächung derselben zu befürchten ist innerhalb jenes Zeitabschnittes, welcher vollauf hinreicht zur Durchführung der öffentlichen Impfung im ganzen Amtsbezirke.

Was die Technik anlangt, so wurde in sämmtlichen Terminen mit seichten, wenige Millimeter langen, nicht blutenden Sagittalschnitten bei gespannter Haut geimpft. Die Zahl der gesetzten Schnitte war in jedem Falle (gemäss dem § 9 der k. Verordnung vom 24. Februar 1875) 10.

Wenn nun schliesslich noch der Einwand erhoben wird, dass sich auf dem vorgeschlagenen Wege der Lympheversorgung die Impfung kaum in der bisherigen kurzen Zeitfrist im ganzen Königreiche zur Durchführung bringen lassen werde, so kann zugegeben werden, dass vielleicht 2—3 Wochen mehr beansprucht werden müssen, aber sicher ist dies noch keineswegs. Gewiss ist nur, dass mit allen Kräften gearbeitet werden wird, um die Impfung im Königreiche Bayern durch die rascheste Versorgung der Amtsärzte mit erprobter Lymphe zu ermöglichen, und was unter provisorischen und unvollkommenen Verhältnissen möglich war, das wird unter den besseren Bedingungen, die mit der nunmehrigen Eröffnung des neuen Impfinstitutes gegeben sein werden, gewiss nicht schwerer zu erreichen sein.

Was aber endlich die Reihenfolge betrifft, in welcher die Versendung der Lymphe stattfinden soll, so kann hier natürlich nur die Reihenfolge der Anmeldung maassgebend sein. Wer seinen Bedarf früh anmeldet, der wird auch früher im Besitze desselben sein, folglich die Impfung früher beginnen können, als der spätere Besteller.

Mögen sich die Herren Collegen diesen Vorschlag überlegen. Etwaige Einwände und Bedenken gegen meinen Vorschlag werden jederzeit sachliche Erörterung finden.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Casuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium des med. klin. Instituts zu München. Von Dr. Hermann Rieder, Assistent des Instituts.

5. Blei-Lähmung. Lambert M., Malergehilfe, 24 Jahre alt, bemerkte zum ersten Male vor 4 Monaten, dass er die Finger der rechten Hand und das rechte Handgelenk nicht mehr so vollkommen bewegen könne wie früher; besonders konnte er beim Erfassen eines Gegenstandes Hand und Finger nicht genügend ausstrecken resp. spreizen. An Kolik und sonstigen Vergiftungs-Erscheinungen will Patient nicht gelitten haben, überhaupt nie erheblich krank gewesen sein. Sensible Störungen sollen im Verlaufe dieser Erkrankung nicht bestanden haben. Stuhlgang normal.

Patient betreibt sein Geschäft schon seit Jahren und ist Rechtshänder. Er ist sich nicht bewusst, besondere Unachtsamkeit beim Umgange mit Bleipräparaten begangen oder besonderen Schädlichkeiten hiebei sich ausgesetzt zu haben.

Etwas hebender Spitzenstoss bei normaler Herzdämpfung und reinen Herztönen. Arterien fühlen sich hart an — Radialis lässt sich zwischen den Fingern rollen.

An den Zähnen des Unterkiefers leichter Bleisaum.

Muskeln der Unterextremitäten ohne Beeinträchtigung der Beweglichkeit, ebenso die der linken Oberextremität, auch die Extensoren der linken Hand contrahiren sich normal.

Rechts sind die Bewegungen im Ellbogen-Gelenk mit Kraft ausführbar; auch der Händedruck ist kräftig. Pronation und Supination gut ausführbar, auch die Flexoren sämmtlich normal functionirend.

Dorsalflexion der rechten Hand sehr unvollkommen. Carpus-Extensoren auch rechts annähernd normal, der Extensor digitor. commun. ist dagegen paretisch. Im Verlaufe des letzteren am rechten Vorderarm findet sich eine beträchtliche Abflachung. Der Extensor digit. minimi propr. ist normal, indem die isolirte Streckung des Kleinfingers über die Horizontale mit Leichtigkeit ausführbar ist. Bei Bewegung des Kleinfingers sieht man an der Aussenseite des Ellbogen-Gelenkes starken Tremor auftreten. Der Extensor pollicis und in geringerem Grade auch der Extensor indicis ist paretisch. An den Interosseis, den Muskeln des Daumen- und Kleinfinger-Ballens ist keine Störung zu bemerken. Eine Störung der Sensibilität besteht nach keiner Richtung.

Faradische und galvanische Erregbarkeit sind links normal; die Zuckungen erfolgen schnell und blitzartig. Auch rechts ist ausgesprochene E. A. R. nicht vorhanden; Farad. Ext. carpi ulnaris träge, Ext. carpi. long. et brevis. gut reagirend. Extens. digit. commun. zeigt äusserst geringe Reaction. Desgleichen der Extens. indic. und pollic. long. Galvan: Extens. digit. comm. Zuckung etwas träge. KSZ > ASZ. AOZ fehlt sowohl hier als bei Reizung des Ext. digit. indic.

Der betreffende Patient ist also Maler, Rechtshänder, geht seit langer Zeit mit Bleifarben um, zeigt Bleisaum des Zahnfleisches, aber keine anderen Symptome der chronischen Bleivergiftung, wie Kolik, Arthralgie, Anaemia saturnina, Encephalopathie — es dürfte nicht zweifelhaft sein, dass hier eine professionelle Bleilähmung vorliegt.

Zu den selteneren Vorkommnissen ist der Umstand zu rechnen, dass keine Kolik der Lähmung vorausgegangen ist. Der in der Gegend des Ellbogen Gelenkes bestehende Tremor ist wohl als ein der Lähmung (des Extens. digit. minim.) vorausgehendes Symptom zu deuten.

Was die Lähmungs-Erscheinungen selbst anlangt, so dürfte der genannte Fall wohl als »reguläre Bleilähmung im Anfangsstadium mit günstiger Prognose« zu bezeichnen sein. Für diese Behauptung spricht das unilaterale und allmähliche fast unmerkliche Auftreten der Lähmung bei fehlender Atrophie der Muskeln und geringer Ausbreitung der Lähmung mit ausschliesslichem Befallensein des Radialisgebietes und dieses wieder in der charakteristischen Weise, dass zuvor der Extens. digit. comm. erkrankt und erst in zweiter Linie und in geringerem Grade die Extensores proprii bei Freibleiben der Carpalstrecker, endlich der theilweise Verlust der faradischen Erregbarkeit, während die galvanische Erregbarkeit mit dem normalen Zuckungsgesetze noch übereinstimmt.

Bei der bekanntlich individuellen Empfänglichkeit für Blei-Intoxication war es unsere Aufgabe, den Patienten zu veranlassen, sich der toxischen Schädlichkeit — nachdem die Entsagung der Bleiarbeit nicht zu erreichen war — durch längere Arbeitsenthaltung zu entziehen, Zur Beförderung der Ausscheidung des Bleies wurden dem Patienten Bäder und Jodkalium innerlich verordnet. Die nothwendige Galvanisation und Faradisation der gelähmten Muskeln wird eine länger dauernde elektrische Behandlung erforderlich machen.

Feuilleton.

Brauchen wir eine Hebammenreform?

Von Dr. *Amon* in Forchheim.

(Schluss.)

Eine der wichtigsten und nicht gerade seltenen Indicationen, den Geburtshelfer zu rufen, ist, »wenn nach Abfluss des Fruchtwassers kein Theil vorliegt« (§ 372) oder, was damit meist identisch ist, das Kind »schief oder quer liegt« (§§ 273—375 in Schulze's Lehrbuch). Ich habe im Ganzen 20 mal die Wendung gemacht, meist wegen der eben angeführten Indication, und ist es mir auch hiebei öfter begegnet, dass Hebammen lässig waren. Den vorliegenden Ellenbogen fand ich zweimal so auffallend stark angeschwollen, dass daraus unschwer auf langes Warten geschlossen werden konnte. Wenn hiebei Mutter und Kind keinen Schaden erlitten haben, so verdanken sie das nicht der Hebamme. In einem anderen Falle glaube ich aber sicherlich, die Asphyxie beziehungsweise den daraus resultirenden Tod des Kindes darauf zurückführen zu sollen, dass die Hebamme nicht sogleich nach Erkenntniss der Querlage zum Arzt geschickt hatte. An dieser Stelle möchte ich besonders betonen, dass die Hebammen auf dem Lande häufig die lange Zeit nicht in Rechnung bringen, welche vergehen kann, bis der viele Kilometer entfernt wohnende und im kritischen Moment vielleicht gar nicht zu Hause anwesende Arzt an's Gebärbett gelangt.

Einige Mal schickten mir Hebammen die schriftliche Bitte zu, Mutterkornpulver zu verschreiben, welche sie bei sich verzögernden Geburten angeblich wegen Wehenschwäche anwenden wollten, obwohl ihnen das Lehrbuch (§ 415) für solche Fälle warme Einspülungen etc. vorschreibt. Ich ging natürlich nicht auf das Ansinnen der Hebammen ein und konnte, bald darauf doch zu den betreffenden schweren Geburten gerufen, constatiren, dass Missverhältniss zwischen Kopf und Becken das Geburtshinderniss und die Zange das erfolgreiche Remedium war.

Ein Fall von einer Zangenentbindung, der mir erst kürliche bei einer Landhebamme vorkam, verdient noch besondere Erwähnung. Die 39jährige III para mit engem Becken war vorher schon 2 mal von einem anderen Collegen mit Zange von todten Kindern entbunden worden. Trotzdem dieselbe Hebamme auch die 2 früheren Geburten geleitet hatte, wartete sie doch beim 3. Mal wieder zu lange. Bis ich bei der fünf Kilometer von hier entfernt wohnenden Kreissenden ankam und die Operation vollziehen konnte, war das Kind verloren. Es lebte aus schwerster Asphyxie erwacht nur einige Stunden. Die Angehörigen trösteten sich allerdings damit, dass die früheren beiden Kinder ja gar nicht gelebt hatten.

In den § 466 u. ff. des Schultze'schen Lehrbuches ist den Hebammen eine gründliche Anweisung gegeben für ihr Verhalten bei Blutungen in der Eröffnungsperiode, die von einer frühzeitigen Lostrennung des Mutterkuchens und dann am häufigsten vom Vorliegen des Mutterkuchens herrühren. Wie sie manchmal in der Praxis dieselbe befolgen, mögen nachstehende Beispiele illustriren.

Am 23. April 1884 wurde ich zu einer 36jähr. VI para nach dem etwa 7 Kilometer von hier entfernten Orte K. gerufen. Mit Fuhrwerk schleunigst dort angelangt, fand ich eine

Gebärende vor, die den Eindruck einer Sterbenden machte. Halb bewusstlos mit sehr blassen Lippen, kühlen Extremitäten und minimalem Puls lag sie da. Dies sowie die Angabe, dass die Kreissende schon öfter ohnmächtig gewesen, deutete auf stattgehabte heftige Blutungen. Solche wurden auch von der Hebamme angegeben. Doch, sagte sie wie zur Entschuldigung, seien dieselben erst in den letzten Stunden so stark gewesen, während mir später von den Angehörigen versichert wurde, dass schon einen halben Tag lang immerfort Blut abgegangen sei. Ich untersuchte nach gehöriger Desinfection und constatirte bei nahezu vollständig erweitertem Muttermund eine Placenta praevia lateralis sinistra und I. Querlage des Kindes. Die Scheide war mit Blutgerinnsel erfüllt und aus derselben floss immer noch langsam Blut ab. Um nicht viel Zeit zu verlieren, ging ich sofort mit der ganzen Hand ein, drang durch die Eihäute hindurch an der Placenta vorüber bis zu den Füssen und wendete auf den linken Fuss. Die Frau vorher zu chloroformiren, hätte ich bei der grossen Schwäche derselben nicht gewagt. Selbstverständlich hörte von dem Augenblick an, wo ich die Hand eingeführt hatte, die Blutung auf. Ich schloss der Wendung alsbald die Extraction an und entwickelte ein noch nicht ganz ausgetragenes etwa 3t Wochen altes todtes Kind. Dasselbe war jedenfalls schon einige Stunden vorher durch Verblutung aus der Placenta gestorben. Letztere wurde rasch und leicht von selbst ausgestossen. Die schon vorher bis zum Aeussersten erschöpfte Gebärende collabirte während und nach der Entbindung noch mehr. Einige subcutane Injectionen von Aether machten jedoch den Puls wieder fühlbar. Ausserdem wurde auch Extr. Secal. corn. eingespritzt und ein Infus. Secal. corn. ordinirt. Die Wöchnerin erholte sich, was mir anfangs sehr zweifelhaft schien, glücklicherweise doch wieder und ist heute noch gesund.

Ein zweiter solcher Fall begegnete mir nun in hiesiger Stadt. Am 14. Juni 1888 Morgens gegen 9 Uhr zu einer 37 jährigen Multipara gerufen, hörte ich von dieser — die Hebamme war momentan gar nicht anwesend! — dass sie schon gestern und die Nacht hindurch immer Blut verloren und dass die Hebamme auch gesagt habe, es liege die Nachgeburt vor und müsse wahrscheinlich der Arzt gerufen werden. Allein mit Bestimmtheit hatte sie noch nicht nach demselben verlangt. So also mehr von den Angehörigen wie von der Hebamme aufgefordert, untersuchte ich und fand eine Placenta praevia, die nahezu den weit geöffneten Muttermund ausfüllte. Die Gebärende, von Haus aus eine kräftige Person, war durch den Blutverlust, wenn auch nicht so, wie die vorhin erwähnte Frau in K., so doch sehr erheblich geschwächt.

Ich stand deshalb auch hier von einer Narcose ab und wendete unter Assistenz der inzwischen angekommenen Hebamme das in erster Schädellage liegende Kind. Letzteres war ausgetragen und sogar sehr kräftig entwickelt. An dem Tode desselben hegte ich aber keinen Zweifel, da ich kindliche Herztöne nirgends hatte hören können. So waren denn auch alle Wiederbelebungsversuche an dem sofort nach der Wendung extrahirten Neugeborenen fruchtlos. Die Mutter hatte ein längeres Wochenbett durchzumachen als gewöhnlich, klagte Monate lang immer noch über grosse Schwäche, ist aber heute vollkommen gesund.

Eine gleich unverantwortliche Nachlässigkeit wie in diesen beiden Fällen von Placenta praevia ist mir übrigens von einer dritten Hebamme in der Nachgeburtszeit vorgekommen.

Am 24. October 1886 Morgens 8 Uhr wurde ich zu einer Kindbetterin nach dem 7—8 Kilometer von hier entfernten W. gerufen. Das Kind war schon um 12 Uhr Nachts spontan geboren worden. Von da an traten häufige und starke Blutungen ein, während die Nachgeburt in der Gebärmutter zurückblieb. Welche Versuche die Hebamme unterdessen zu deren Entfernung gemacht haben mag, entzieht sich jeder Beurtheilung. Erst nach 6 Uhr Morgens hielt sie es für nöthig, nach dem Geburtshelfer zu schicken. Ich kam gegen 9 Uhr an und fand die Frau in äusserst anämischem Zustande. Die Untersuchung in Chloroformnarcose ergab eine feste Verwachsung der Placenta im oberen hinteren Abschnitt des Fundus uteri. Innerhalb kürzester Zeit war die Lostrennung und Extraction der Nachgeburt beendigt.

Die Wöchnerin wurde durch Injection von Campheröl belebt und mit Ergotin, Rothwein, Chinadecoct etc. weiter behandelt. Allein der Blutverlust scheint hier doch, namentlich im Verhältniss zu der schwächlichen Constitution der Frau, zu gross gewesen zu sein, denn sie fing, während sie noch am 30. October also 6 Tage nach der Geburt eine Temperatur von 37,5 hatte, leicht zu fiebern an und starb in der zweiten Novemberwoche an allgemeiner Blutleere und Herzschwäche.

Wenn ich hiermit meine Casuistik der Hebammensünden auch noch keineswegs erschöpft habe, so glaube ich dieselbe doch schliessen zu dürfen, da ich ja nur den Beweis liefern wollte, dass Hebammen ziemlich häufig zu spät zum Geburtshelfer schicken, ja viel häufiger, als wir Aerzte als ihre Vorgesetzten es entschuldigen dürfen und verantworten können.

Wenn ich nun noch hinzufüge, dass an den von mir beobachteten Nachlässigkeiten nicht bloss einzelne und vielleicht immer dieselben Hebammen participiren, sondern dass ich fast jede der 20 Hebammen, welche ich in zwei Regierungsbezirken kennen gelernt habe, einmal auf einer groben Fahrlässigkeit betraf, so muss man doch annehmen, dass unser Hebammenstand im Ganzen viel zu wünschen übrig lässt.

Manche Collegen, die diese Zeilen lesen, werden vielleicht sagen: Nein, so schlimm sind unsere Hebammen doch nicht. Ich wünschte von Herzen, dass ein recht grosser Theil der Aerzte dies mit Grund behaupten könnte, allein ich fürchte, dass viele in meine Klage einstimmen oder dieselbe sogar noch verschärfen werden. So habe ich beispielsweise noch mit keinem Worte der vollständigen Unkenntniss oder doch äusserst mangelhaften und deshalb werthlosen Handhabung der Antiseptik von Seiten der Hebammen Erwähnung gethan. Freyer[6]) verlangt zur gründlichen Erlernung der Antiseptik allein einen Curs von mindestens drei Monaten vor dem eigentlichen Hebammenkurs, so dass dadurch die Studienzeit der Hebammen auf etwa 7 Monate verlängert wäre.

Zu den vorhandenen Reformvorschlägen Stellung zu nehmen, lag nicht in der Absicht dieses meines Aufsatzes. Ebensowenig bin ich augenblicklich in der Lage oder fühle ich den Beruf dazu, selbst mit bestimmten Reformplänen hervorzutreten. Mir scheint nur das Eine sicher: Die bisherige Ausbildung und Controle unserer Hebammen kann den Ansprüchen unserer heutigen medicinischen Wissenschaft nimmermehr genügen und ist eine diesbezügliche Reformation dringend nothwendig.

[6]) i. p. 13.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Grechen: Gynäkologische Studien und Erfahrungen. I. Heuser, Berlin 1888.

Grossich: Ueber Bauchfelltuberculose. Pest. med. chir. Presse 1888, Nr. 33.

Elliot: Tub. Perit. Laparot. Bost. med. u. surg. journ. Mai 1888 ref. in Ctrbl. f. Gyn. 1888, Nr. 43.

Poten: Ein Fall geheilter Bauchfelltuberculose. Crtbl. f. Gyn. 1887, Nr. 3.

Hofmokl: Zur palliat. Incision bei Peritonitis tub. Wiener med. Wochenschrift 1887, Nr. 16.

Bei der Bedeutung, welche der Laparotomie in der Behandlung der tuberculösen Peritonitis zukommt, sind alle Publicationen über einschlägige Beobachtungen und Erfahrungen besonders zu begrüssen und geeignet, das Interesse für diese wichtige Angelegenheit stets von Neuem anzuregen. Grechen hat denn der Laparotomie bei Bauchfelltuberculose eine Studie gewidmet und berichtet nach Erwähnung der Fälle von Spencer Wells, Czerny, König, Hegar u. A. über eine eigene Beobachtung: Bei einer 34 jährigen aus ganz gesunder Familie stammenden Frau wurde, wie es ja gerade bei Bauchfelltuberculose schon so häufig geschehen ist, die irrthümliche Diagnose

Ovarialtumor gestellt; die im October 1885 vorgenommene Laparotomie deckte den wahren Sachverhalt auf: nach Abfluss von 14 Liter gelblich-grüner seröser Flüssigkeit zeigte sich das Peritoneum mit zahlreichen Tuberkeln besät. Glatte Heilung der Bauchwunde. Beinahe 2 Jahre nach der Operation blühendes Aussehen, guter Appetit, keine Wiederansammlung von Flüssigkeit. An den Lungen nichts nachzuweisen.

Ebenso günstig verliefen 2 Fälle von Grossich, der zum Auswaschen der Peritonealhöhle eine 2—5 proc. Phosphorsäurelösung benutzte; nach 8 bezw. 13 Monaten war noch keine Wiederansammlung des Ascites zu bemerken; auch das Allgemeinbefinden war ein gutes.

Der Fall Elliot's, der ein 14jähriges Mädchen betrifft, verdient deshalb Erwähnung, weil hier die Diagnose Tuberculose auch mikroskopisch bestätigt wurde; als sich Patientin 4 Monate nach der Operation wieder vorstellte, war das Abdomen flach und weich, das Allgemeinbefinden vorzüglich.

Noch wichtiger ist die Mittheilung Poten's, der eine 29jährige, im übrigen gesunde Frau operirte, da derselbe in einem excidirten Stückchen Bauchfell zwar spärliche, aber zweifellose Bacillen innerhalb der Riesenzellen constatirte. Es war damit der unwiderlegliche Beweis erbracht, dass es sich um Peritoneal-Tuberculose (und nicht, wie manchmal wohl angenommen wurde, um einfaches Granulationsgewebe) handelte; ein Jahr nach der Operation bot Patientin blühendes Aussehen, guten Appetit; keine Neuansammlung von Exsudat nachweisbar, Lungen frei, kein Husten.

Hofmokl's Patientin, ein 17jähriges Mädchen aus gesunder Familie, bei welcher ebenfalls der bacteriologische Nachweis für Tuberculose erbracht wurde, starb 6 Monate nach der Laparotomie, ohne dass das Transsudat die frühere Höhe erreichte, an chronischer Tuberculose der Lungen, des Peritoneums und des Darms. — Es liessen sich den erwähnten Publicationen noch eine grössere Reihe anderer, meist mit Erfolg, zum Theil aber auch, wie es die Malignität des Leidens mit sich bringt, erfolglos operirter Fälle anfügen, wollte man in der Literatur auch nur um einige Jahre zurückgehen. Ueber die günstige Wirkung der Laparotomie bei Bauchfelltuberculose sind sich die Autoren einig; die Ursache derselben ist jedoch, trotz der mannichfachen Erklärungsversuche, noch dunkel. So viel steht fest, dass es sich um eine möglichst vollständige Entleerung des Exsudats handelt, da die einfache Punction erfolglos ist, — ferner, dass an eine specifische Wirkung irgend eines Desinficienz nicht gedacht werden kann, da ein gleich guter Erfolg bei Anwendung von Jodoform, Carbolsäure, Sublimat u. A. beobachtet wurde.

Eisenhart.

Bose (Giessen): **Die künstliche Blutleere bei Ausschälung von Kropfknoten.** Centralbl. f. Chirurgie, 1889. Nr. 1. Orig.-Mittheilung.

Seit der Mittheilung Garrè's über die von Socin geübte »intraglanduläre Ausschälung der Kropfknoten«[1]) hat es sich allmählich herausgestellt, dass bei Weitem die meisten Kröpfe nach dieser Methode operirbar sind, da sie als abgegrenzte Knoten, einzeln oder multipel, inmitten des gesunden Drüsengewebes aufzutreten pflegen.

Zwei Umstände jedoch waren es, die der Verallgemeinerung des Verfahrens bis jetzt im Wege standen: Die in vielen Fällen nicht unbeträchtliche Blutung beim Durchschneiden der Kropfkapsel, d. h. der den Knoten noch deckenden mehr oder minder dicken Schichte von gesundem Drüsenparenchym, und ferner die Schwierigkeit, in der blutenden Schnittfläche die Grenze von Kapsel und Knoten zu unterscheiden. Nicht selten war man durch den einen oder anderen dieser Missstände gezwungen, die beabsichtigte Enucleation aufzugeben und zur Totalexstirpation des vergrösserten Drüsentheils überzugehen. Ein Fall der Art, bei dem die spätere Untersuchung des Präparates ergab, dass die Enucleation auch hier ein Leichtes gewesen wäre, wenn man während der Operation die Grenze der Kapsel genau hätte finden können, veranlasste Bose zu folgendem Verfahren:

[1]) Vgl. d. Wochenschrift, 1887. Nr. 7.

Durch einen entsprechend langen Hautschnitt über die höchste Wölbung der Kropfgeschwulst wird nach Durchtrennung von Fascie und Muskeln der vergrösserte Drüsenabschnitt in der gewöhnlichen Weise freigelegt. Trennt man nun mit den Fingern nach den Seiten hin das die Drüse mit der Nachbarschaft verbindende laxe Gewebe eine Strecke weit los, so lässt sich jeder nicht maligne Kropf so aus der Tiefe herausluxiren, dass sein grösster Durchmesser vor die Hautwunde tritt. In dieser Lage eine zeitlang gehalten, verringert sich der Blutgehalt ebenso erheblich, wie der der Extremitäten bei senkrechter Elevation vor Anlegung der elastischen Constrictionsbinde. Legt man dann unmittelbar vor der Hautwunde, also hinter dem grössten Durchmesser der Geschwulst, eine elastische Ligatur an (etwa ein kleinfingerdickes Drainrohr in 2—3facher Umschlingung, dessen gekreuzte Enden man in eine Arterienpincette einklemmt), so kann man an dem so abgeschnürten Drüsentheil blutlos operiren. Die Grenze von Kropfknoten und Kapsel lässt sich dann allenthalben ebenso leicht unterscheiden, wie beim anatomischen Präparat.

Nach der Lösung des Gummischlauches ist die Blutung über Erwarten gering, vielleicht dass man im einen oder anderen Falle ein Arterienästchen zu unterbinden braucht, das den enucleirten Tumor versorgte, oder beim Schnitt in die Kapsel getroffen wurde. Die sonst meist erhebliche Blutung aus grösseren und kleineren Venen in der Wundfläche der Kropfkapsel fehlt, weil nach der Entfernung des Knotens die Stauung in denselben wegfällt und ihre dünnen Wandungen in dem schlaff gewordenen Parenchymsacke zusammenfallen.

Selbstverständlich wird sich obiges Verfahren auch in den selteneren Fällen von diffuser Erkrankung in Anwendung bringen lassen, wenn man nach Anlegung des Schlauches wie Hahn[2]) nach vorheriger Unterbindung der Schilddrüsenarterien aus dem kropfigen Theil ein entsprechend gestaltetes Stück excidirt und die Wundränder sofort durch Etagennähte vereinigt.

Referent, der Bose u. a. einen gänseeigrossen Tumor enucleiren sah, kann versichern, dass der Blutverlust während und nach der Ausschälung aus dem Drüsenparenchym nicht mehr betrug, als aus den Rändern des Hautschnittes.

Fuhr-Giessen.

v. Ziemssen: Klinische Vorträge. 14. Vortrag. **Zur Pathologie und Therapie des Scharlach.**

Eine durch eine grössere Reihe höchst instructiver Krankengeschichten illustrirte Beschreibung des Scharlachs von der leichtesten Infection bis zu den schwersten Fällen unter Berücksichtigung aller der vielgestaltigen Complicationen, welche diese Affection begleiten und compliciren können. Indem auf das Studium des Vortrages selbst hingewiesen wird, sei hier nur der Punkte Erwähnung gethan, in denen der vielerfahrene Kliniker Stellung zu strittigen Fragen nimmt. — Die Möglichkeit der Infection mit Scharlachgift durch dritte Gesunde, hält Ziemssen für unbestreitbar. — Die Erklärung für die bekannte Thatsache, dass die eine Epidemie vor der anderen durch Schwere sich so auffallend unterscheidet, dass das eine Individuum vor dem anderen viel intensiver befallen wird, wird darin vermuthet, dass eine Differenz in der primären Virulenz, in der Bösartigkeit des Infectionsstoffes bestehe, besonders aber darin, dass die individuelle Beschaffenheit des menschlichen Nährbodens der Infection im einen Fall widerstandsfähiger gegenüber stehe, als im anderen. — Obgleich Ziemssen eine nekrotisirende Tendenz der scarlatinösen Schleimhaut-Drüsenaffectionen für unabweislich anerkennt, hält er doch daran fest, dass die Diphtheritis scarlatinosa eine wahre Diphtheritis ist, d. h. eine secundäre Infection der durch Scharlach disponirten Rachenschleimhaut mit Diphtheritiskeimen. — Als Ursache der Nephritis scarlatinosa wird eine nachträgliche bei der Ausscheidung des Scharlachgiftes erfolgende Reizung des secernirenden Parenchyms angesehen. Die frühere Erklärung wird verlassen, nach welcher die Ursache in einer Erkältung der

[2]) Vgl. d. Wochenschrift, 1887. Nr. 12.

nach der Desquamation empfindlichen, weil von zarter Epidermis bedeckten Cutis gesucht wurde.

In Bezug auf die Therapie sei nur auf den Rath Ziemssen's hingewiesen, die diphtheritisch afficirte Rachenschleimhaut mit desinficirten Charpiebäuschchen zu reinigen und dann mit concentrirten Carbollösungen (1:2 — 1:10) zu bepinseln. — Der Rath Heubner's u. A., bei beginnender eiteriger Schmelzung in den Tonsillen parenchymatöse Injectionen mit Carbollösungen zu machen, erscheint Ziemssen, obwohl ihm persönliche Erfahrung darüber abgeht, höchst rationell.

Dr. Schmid-Reichenhall.

Th. Grainger Stewart: On albuminuria. Edinburgh, 1888. 8. pg. 250. (II. Theil des grösseren Werkes: Clinical lectures on important symptoms.)

Das Werk ist eines von derjenigen Art, an denen die englische Literatur ziemlich reich, die unserige ziemlich arm ist. Ein einzelnes wichtiges Krankheitssymptom ist herausgegriffen und zum Gegenstand einer umfassenden Monographie gemacht. Das Symptom ist in den Mittelpunkt der ganzen Darstellung gerückt und um denselben sind dann alle anderen pathologischen Erscheinungen gruppirt, welche in theils engem, theils lockerem Zusammenhang mit dem Object der Darstellung stehen. Man kann über die Zweckmässigkeit einer solchen Darstellung verschiedener Meinung sein — jedenfalls aber muss man anerkennen, dass der Verfasser seine Aufgabe auf das gründlichste und mit viel Geist gelöst hat. Das Ganze ist nichts weniger als eine Darstellung bekannter Thatsachen in neuem Gewande, sondern enthält eine grosse Fülle eigener trefflicher Beobachtungen. Die Form ist diejenige von Vorlesungen, die Diction leicht fasslich und anziehend — nach unserem deutschen Geschmack vielleicht etwas zu breit.

Des reichen Inhalts sei kurze Erwähnung gethan:

1) Eiweissarten, die im Urin vorkommen; qualitative und quantitative Bestimmung derselben; Kritik der Methode.
2) Ueber Albuminurie bei sonst gesunden Menschen.
3) Ueberblick über Albuminurie bei Krankheiten verschiedener Art.
4) Theorie der Albuminurie.
5) Albuminurie bei Nierenentzündungen.
6) Albuminurie bei Nierenatrophie.
7) Albuminurie bei Amyloidniere.
8) Albuminurie im Fieber.
9) Albuminuria paroxysmalis. Verdauungs- und Anstrengungs-Albuminurie.
10) Accidentelle Albuminurie.
11) Diagnose, Prognose.
12) Dietätisches und medicamentöse Behandlung.

v. Noorden-Giessen.

F. Hueppe: Die Methoden der Bacterien-Forschung. Vierte vollständig umgearbeitete und wesentlich verbesserte Auflage. Mit 2 Tafeln in Farbendruck und 68 Holzschnitten. Wiesbaden. C. W. Kreidel, 1889. 434 S.

Ein Buch, das seit 1885 vier Auflagen erlebt hat, bedarf kaum der Empfehlung. Gerade diese neueste, bedeutend erweiterte Auflage der längst als vortrefflich anerkannten Hüppe'schen Methodik verdient aber noch ein besonderes Wort der Anerkennung. Finden sich doch in ihr diejenigen Vorzüge, die man bei einem derartigen methodischen Handbuch in einer so jungen und rasch aufgeblähten Wissenschaft am meisten sucht und am seltensten findet, in hervorragendem Maasse ausgeprägt. Es ist dies die Objectivität der Darstellung, das Sichfreihalten von Autoritätsglauben, von übermässiger und einseitiger Betonung gewisser Schulmeinungen, Schulgewohnheiten, Schulmethoden. Gerade in der Bakteriologie haben wir das Schauspiel erlebt, dass neu erfundene Methoden die bis dahin gebrauchten zeitweise völlig verdrängt und — ohne dass dies der Natur der Sache nach gerechtfertigt war — für weite Kreise der Mitstrebenden beinahe vergessen gemacht haben. Es ist Thatsache, dass noch jetzt diesseits und jenseits des Rheins für die nämlichen Aufgaben wesentlich verschiedene Methoden angewendet werden und zwar grossentheils aus blossem Oppositionsgeist.

Ein methodisches Handbuch nun, von dem der Lernende und der Lehrende einen vollständigen Ueberblick des Gebietes und aufrichtige und vollkommene Information über alle Fragen verlangen darf, würde seiner Aufgabe wenig entsprechen durch einseitige Vertretung der Meinungen und Gewohnheiten der einen Schule unter Vernachlässigung anderer, ebenso werthvoller, für bestimmte Zwecke sogar überlegener Methoden. Die Zeit schreitet voran, und der Enthusiasmus, den neue Entdeckungen hervorgerufen hatten, darf nicht dauernd zur Verdunkelung anderer wichtiger Forschungswege führen.

Diesem objectiven, wissenschaftlich allein berechtigten Standpunkt ist gerade die erweiterte neue Auflage von Hüppe's Methodik in hervorragendem Maasse gerecht geworden, wesshalb derselben, wie den früheren, der beste Erfolg zu wünschen ist.

Buchner.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 20. Februar 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr Virchow demonstrirt vor der Tagesordnung Präparate von Perlgeschwülsten. Eine Durchsicht hat ergeben, dass unter 38 Fällen von tödtlich verlaufender Otitis media sich 15 mal Cholesteatome fanden, also 28,3 Proc. Man muss aber die Zahl noch höher anschlagen, da einige der Tumoren durch die Eiterung zerstört worden sein mögen. Virchow nennt die Bildung jetzt Margaritoma. Aehnliche Tumoren wurden auch in anderen Schädelknochen, z. B. Hinterhauptsschuppen, Stirnbein, gefunden, aber niemals in peripheren Knochen.

Discussion über den Vortrag des Herrn **Virchow: Ueber Akromegalie.**

Herr Ewald hat kürzlich einen Fall beobachtet. Der 50jährige Mann klagte über allgemeine Schwäche und Mattigkeit. Er hatte ungeheure tatzenartige Hände und Füsse, sonst waren die Extremitäten normal, nur der Unterkiefer etwas verdickt, Patellarreflexe waren vorhanden, die Thyreoidea fehlte. Ausserdem bestand eine carcinomatöse Pleuritis, der er erlag. Er war hereditär nicht belastet, hatte keine Syphilis, keine Gicht durchgemacht. Seine Beschwerden bestanden in rheumatischen Leiden, die mehrere Jahre zurück datirten und sich zuerst in der Vergrösserung der Hände und Füsse aussprachen.

Die Section bestätigte die Diagnose und ergab völliges Fehlen der Thyreoidea und der Thymus.

Der Fall erscheint Ewald noch typischer, als der von Virchow, weil diesmal die Veränderungen an einem kleinen Mann auftraten, während der Fall von Virchow einen auch sonst riesenmässig entwickelten Menschen betraf.

Es ist wichtig, dass sich hier keine Thymus und keine Schilddrüse fand, weil Klebs in einem Fall von Akromegalie, wo die Thymus persistirte, die Theorie aufgestellt hat, es gingen von der Drüse aus Elemente in's Blut, die eine besondere plastische Energie besässen. Diesen Fall hält Herr Virchow nun für eine Osteitis deformans. Auch das Fehlen der Thyreoidea als Anlass für Myxoedem ist wohl überschätzt worden. — Ewald beobachtet augenblicklich einen Fall, wo die Thyreoidea leicht geschwollen ist und Myxoedem besteht.

Herr Waldeyer. Die Thymus verschwindet nicht, wie die Fama sagt, sondern persistirt durch das ganze Leben, wie sie auch in der ganzen Wirbeltierwelt constant ist. Sie persistirt in Form von zwei Fettlappen oberhalb des Herzens. Er kann sich nicht denken, dass sie sich im Falle des Herrn Ewald ganz verloren haben solle. Ehe man es ausspricht, dass die Thyreoidea fehlt, soll man Injection der Gefässe machen, um etwaige Nebenschilddrüsen zu finden.

Herr Virchow. Es handelt sich nicht so sehr darum, ob die Thymus ganz verschwunden war, als darum, ob sie vergrössert war. Die Maasse von Virchow's Fall übertrafen die

von Ewald bedeutend: Mittelfinger 114:80, grosse Zehe 132:95. Es sind ihm infolge seines Vortrages von ausserhalb mehrere Fälle von totaler und partieller Akromegalie berichtet worden.

Discussion über den Vortrag des Herrn **Sonnenburg: Ueber Halswirbelfrakturen.**

Herr v. Bergmann: Tillaur, Anatom und praktischer Chirurg, sagt, dass man vom Munde aus den dritten und manchmal den vierten Halswirbel abtasten könne, der immer in Höhe des Aditus laryngis liegt, aber niemals den 5. v. B. hat oft versucht, diese Behauptung zu controlliren. Er zeigt aus dem Atlas von Braune aus einer Abbildung und an einem Mediansägeschnitt, dass der 4. Halswirbel gerade gegenüber der Kehlkopfapertur liegt. Laryngologen haben ihm gesagt, man könne die Ary-Knorpel noch gerade fühlen vom Munde aus. Das ist aber schon sehr schwierig; wie viel schwieriger noch, den Körper des vierten Halswirbels zu betasten, der noch dahinter liegt.

Zwei fernere Behauptungen hat Herr Sonnenburg aufgestellt, erstens die, dass so hochgradige Wirbelfracturen heilen können. Das kann ich nicht zugeben: wer sich den Hals gebrochen hat, der ist verloren, das beweisen die Statistiken sämmtlicher Hospitäler. B. selbst hat in 5 Fällen die Diagnose gestellt, wovon es sich aber zwei Mal um schwere Basisfracturen handelte. In dem einen dieser Fälle hat er deutlich die Hervorragung der Wirbelsäule fühlen zu können geglaubt und erst die Section klärte ihn über seinen Irrthum auf. Die Prognose solcher schweren Verletzungen wird durch einen geheilten Fall nicht besser. B. hat einmal mit gutem Erfolge eine Nadel aus dem Herzen gezogen, welche das ganze Organ durchbohrt hatte. Sollte er wieder einmal eine Nadel aus der Herzgegend hervorholen, und die Patientin ihre Extraction überstehen, so würde er sich nicht für berechtigt halten, auf Grund jenes einen, geheilten Falles anzunehmen, auch dieses Mal sei das Herz angestochen gewesen.

In den meisten der berichteten Fälle von »Halswirbelfractur« handelte es sich sicher um tuberculöse Ostitis, wenn auch einige sichergestellte Fälle existiren.

Die zweite Behauptung des Herrn Sonnenburg, gegen die B. sich richten muss, ist die, dass die an die Halswirbelbrüche sich anschliessenden Symptome wechselvollster Natur seien. Das ist seiner Meinung nach nicht der Fall. Die Symptome sind so constant, dass man aus ihnen allein den Sitz der Fractur ableiten kann. Das geht so weit, dass B., wo diese Symptome nicht typisch sind, alles andere eher als Fractur annimmt. Es ist ein grosser Fortschritt, den die Lehre von den Krankheiten des Rückenmarkes durch ihre genaue Symptomatologie gemacht hat; selbst für die proteusartige Railwayspine ist ein scharfes Bild gefunden worden: wie viel schärfer muss es bei einer Compression des Markes sein! Allerdings soll man sich in der Betrachtung solcher Fälle vor oberflächlichen Krankengeschichten hüten, wie es diejenige des Hospitals Molière ist, die Herr S. verwerthet hat.

Herr Waldeyer hat den 5. Halswirbel, der der Epiglottis gegenüber liegt, und manchmal sogar den 6. vom Munde aus erreichen können. Das geht am Lebenden ebenso leicht wie an der Leiche. Er hat einen Sägedurchschnitt mitgebracht, wo das Aditus laryngis dem 5. Halswirbel gegenüber liegt. Dasselbe zeigt ein Bild in Braune's Atlas. Daraus geht hervor, dass diese Verhältnisse wechseln können. Aber jedenfalls gibt es Fälle, wo man den 5. deutlich erreichen kann.

Herr B. Fränkel: Dass man beim lebenden Menschen die Ary-Knorpel erreicht, wird wesentlich erleichtert durch die Hebung des Kehlkopfes bei den Würgbewegungen. Ob man dabei den 4. oder 5. Wirbel erreicht, ist enorm schwierig festzustellen, weil man nicht mit der Fingerbeere, sondern mit der Rückseite palpieren muss. Jedenfalls kann man aber bei grossen Männern die pharyngeale Fläche des Ary-Knorpel erreichen.

Herr Sonnenburg hält daran fest, dass der 5. Halswirbel erreichbar ist; das beweist ein Fall von Schussverletzung, wo die Vorragung der Wirbelsäule im Munde mit grösster Leichtigkeit zu fühlen ist, und wo eine Operation einen Theil des Bogens des 5. Cervicalwirbels entfernt hat. Er demonstrirt 2 Fälle von Remak und Diesterweg, wo Halswirbelfracturen keine Symptome von Markcompression gemacht haben und vollständig ausgeheilt sind.

Das beweist, dass unsere Prognose der Cervicalwirbelbrüche noch der Verbesserung bedarf.

Sitzung vom 27. Februar 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Vor der Tagesordnung: Herr Karewsky demonstrirt ein Präparat einer seltenen Missbildung, eines angeborenen, durch eine dünne, bläuliche Narbe intrauterin verschlossenen Defectes des Sternum.

Herr Löwenthal stellt einen Fall von acut aufgetretener Hemiparese mit hemiathetotischen Bewegungen vor.

Herr Patschkowsky demonstrirt den Magen eines Patienten, der an Lues, Tabes und Magencarcinom litt. Er starb an Perforationsperitonitis; die Perforation fand statt nicht in carcinösem Gewebe selbst, sondern in der daneben liegenden atrophischen Stelle, die papierdünn war.

Herr **Goltdammer: Ueber Ileus.**

Goltdammer hat 50 Fälle von Ileus theils im Krankenhause Bethanien, theils in der Privatpraxis behandelt. Davon sind 35 gestorben, 15 genesen, 30 Männer, 20 Frauen. Ueber die specielle Art der Erkrankung ist es nur in einigen der geheilten Fälle möglich, eine annähernd sichere Aussage zu machen: einmal war es eine Invagination mit Ausstossung des Intussusceptum, mehrere Male Verklebung von Dünndarmschlingen (mit consecutiver Abknickung) mit der vorderen Bauchwand oder dem Genitalapparat bei Perimetritis. Mit den 32 zur Obduction gekommenen zusammen war die Art des Hindernisses: 10 mal Carcinom des Colon, 7 mal Invagination, 6 mal Knickung und Verklebung von Dünndarmschlingen durch circumscripte Peritonitis, 5 mal alte Narbenstricturen, 4 mal Achsendrehung, 2 mal Peritonealtuberculose, 2 mal innere Incarceration, 1 mal Massenreduction einer Hernie, 1 mal eingekeilter Gallenstein.

Die Narbenstricturen betrafen das Ileum einmal nicht weit von der Bauhin'schen Klappe, zweimal die Flexura sigmoidea und rührte wohl von alten dysenterischen Geschwüren her.

Die Invagination betraf einmal das Colon descendens, einmal das Ileum, einmal den obersten Theil des Jejunum mit dem Duodenum, 2 mal Einstülpungen des Ileum in das Coecum, ein Fall genas. Ein Tumor war dreimal deutlich fühlbar.

Während die Fälle von Invagination langsam verliefen, führte die Achsendrehung in 4 Fällen in wenigen Tagen zum Ende. Es handelte sich 3 mal um Dünndarmconvolute, die durch Schrumpfung im Mesenterium für die Drehung vorbereitet waren, einmal um die Flexura sigmoidea die zu Oberschenkeldicke aufgetrieben war. Auch die tödtlich verlaufenen Fälle von Incarceration verliefen sehr schnell.

Die Therapie beschränkte sich in der Hauptsache auf strengste Diät und Opium in grossen Dosen; die schädliche Wirkung der Abführmittel in solchen Fällen sollte nachgerade bekannt sein; dennoch kommen die Patienten fast regelmässig mit starken Drastiken tractirt, im tiefsten Collaps, mit Cyanose, kühler Haut, kleinem Pulse ins Krankenhaus. Das Opium verwandelt das Krankheitsbild oft in überraschender Weise. Der Puls hebt sich, die Haut wird warm, Singultus und Erbrechen verschwinden. Das Opium wird stündlich, später zweistündlich, zu einem halben Gramm in 24 Stunden gegeben, bis die Pupillen sich verengen oder, was seltener, Schlaf eintritt. Bei Erbrechen wird Morphium subcutan gegeben. Durch die Milderung der stürmischen Erscheinungen seitens des Darmes wird ein Ruhezustand erreicht, die Kräfte des Patienten werden erhalten, die Zunahme des Collapses vermieden, Zeit gewonnen, die für andere therapeutische Maassnahmen, wie Magenausspülung, Darmeingiessungen und Lufteinblasungen genutzt werden kann.

Das mechanische Hinderniss wird, wie die Erfahrung lehrt, durch diese Ruhepause nicht selten günstig beeinflusst. Dies wird durch folgende Ueberlegungen erklärt. Die chronischen Verengerungen führen selten zu einem völligen Verschluss der Passage durch die Enge der Stenose an sich. Schon die Plötz-

lichkeit der Verschluss-Erscheinungen spricht dafür, dass durch Vorlagerung eines Fremdkörpers, eines Scybalum, durch Vorlagerung des oberen, erweiterten Darmstückes mit Knickung und Klappenbildung, der gänzliche Abschluss herbeigeführt wird. Je mehr man die Peristaltik nun durch Abführmittel anregt, umsomehr wird der oberhalb der Verengerung belegene Abschnitt ausgedehnt, verliert seine Contractionsfähigkeit, sinkt herab und übt einen seitlichen Druck auf die Stenose. Unter Opium und strenger Diät findet ein solches Andrängen immer neuen Inhalts nicht statt. Ist nun die Stenose nicht zu eng, der Darminhalt noch einigermassen weich und flüssig, so findet ein allmähliches Hindurchtreten von Darminhalt statt und langsame Herstellung der Passage.

Von den acuten Darmverschliessungen wird die Invagination günstig durch Opium beeinflusst. Sicher können sich Invaginationen von selbst lösen; ergiebt doch die Anamnese mancher solcher Kranken überstandene Attacken von Darmocclusion. Abführmittel steigern aber die Invagination, indem sie das Intussusceptum tiefer einschieben. Dasselbe gilt für die Incarceration, während Opium wenigstens eine immer ungünstigere Gestaltung der mechanischen Verhältnisse verhindert.

Die Opiumbehandlung wird durch strengste Diät, d. h. Eisstückchen in den Mund und Ernährungsklystiere, unterstützt. Nach Ruhigstellung des Darmes werden Eingiessungen von 1—3 Liter lauem Wasser ein bis zwei Mal täglich gemacht. Goltdammer glaubt, einige Erfolge darauf zurückführen zu können, Schaden hat er nie davon gesehen.

Die Resultate dieser Therapie sind 15 Heilungen auf 35 Todesfälle, eine Statistik, die doch die übliche Prognose des Ileus als zu schwarz erscheinen lässt und die verbietet, in einer Operation das einzige Heil der Ileuskranken zu erblicken.

In den 10 Fällen von Krebs und den 5 alten Narbenstricturen hätte einer Laparotomie eine umfangreiche Darmresection angeschlossen werden müssen, die der Kräftezustand der meisten dieser Kranken verboten hätte. Von den übrigen 17 Fällen, die noch zur Autopsie gelangten, sind noch zwei auszuschliessen: ein vor vielen Jahren von Goltdammer mit ganz ungenügenden Opiumdosen behandelter Fall von Knickung einer Dünndarmschlinge und einer, der nach Lösung seines Hindernisses (Gallenstein) an einer Blutung aus einer Ulceration starb.

Bleiben für eine etwaige Operation noch 15 Fälle: 6 Invaginationen, 4 Achsendrehungen, 2 Incarcerationen, 2 Knickungen einer adhärenten Darmschlinge, eine Massenreduction einer Hernie. Der letzte Patient wurde sterbend aufgenommen.

Es drängt sich nun die Frage auf: warum ist in diesen Fällen nicht operirt worden, und wird nicht die Berechtigung und Nothwendigkeit einer frühen Operation durch diese Fälle erwiesen? Darauf ist zu erwidern, dass diesen Fällen eine etwa gleiche Anzahl ohne Operation genesener und eine ebenfalls gleiche Anzahl tödtlicher Fälle gegenübersteht, in denen die Laparotomie ein entweder gar nicht oder nur mittelst mehr oder weniger ausgedehnter Darmresection zu beseitigendes Hinderniss aufgedeckt haben würde. Während des Lebens aber, am Krankenbett, sind diese Fälle nicht von einander zu unterscheiden, in der grossen Mehrzahl der Fälle ist eine Specialdiagnose unmöglich. Damit kommt Goltdammer zu den beiden Gründen, die nach seiner Meinung es vorläufig unmöglich machen, der Laparotomie in der Behandlung des Ileus ein weiteres Feld einzuräumen: die Schwierigkeit der Special-Diagnose und die Thatsache, dass eine erhebliche Anzahl von Ileuskranken ohne Operation durchkommt. Es ist schwer zu einer lebensgefährlichen Operation zu rathen, wenn man nicht genau weiss, womit man es im einzelnen Falle zu thun hat. Die Zurückhaltung der Operation gegenüber ist um so mehr berechtigt, als auch bei interner Opiumbehandlung sehr schwere Fälle zur Heilung gelangen. Unter Goltdammer's Fällen sind solche, die die acutesten, schwersten Einklemmungserscheinungen darboten und unter der angegebenen Behandlung noch nach 7, 10, 11, 12 und 18tägiger Verstopfung Stuhl bekamen und genasen. Auf der anderen Seite ist die Laparotomie bei Ileus nicht die ungefährliche Operation, die sie z. B. in gynäkologischen Fällen meist ist. 4 Fälle von Goltdammer die operirt wurden, starben am selben Tage.

Die Laparotomie bei Ileus ist gefährlicher als die gewöhnliche, weil das Peritoneum, geröthet, geschwollen, seines Glanzes beraubt, wahrscheinlich schon vorher mit Entzündungserregern durchsetzt ist, sodass der chirurgische Eingriff die schleichende Peritonitis in eine stürmische verwandelt, der die Patienten mit ihrer hochgradigen Herzschwäche schnell erliegen. Dazu kommen häufig noch unerwartete Schwierigkeiten der Operation. So wurde einmal durch Laparotomie eine Geschwulst des Netzes entfernt; die Section zeigte, dass diese gar nicht das Hinderniss gewesen war, sondern eine Narbenstrictur des S. Romanum. Bei einer Invagination fand sich der Darm irreponibel und nur eine sehr ausgedehnte Resection hätte Hilfe schaffen können, an die gar nicht mehr zu denken war. Wenn es schon am Leichentisch oft sehr schwer ist, die Natur eines Hindernisses zu erkennen, wie viel schwerer beim Lebenden, wo die Operationsöffnung beschränkt ist, die Därme sich verdrängen und man nicht beliebige Zeit zum Suchen verwenden kann.

Alles das würde die Laparotomie nicht contraindiciren, wenn die Patienten ohne sie verloren wären. Das ist aber keineswegs der Fall. Darum wird die Laparotomie vorläufig zu beschränken sein auf 3 Gruppen von Fällen:

1) Da, wo man Invagination mit ziemlicher Sicherheit diagnosticiren kann; jugendliches Alter, plötzlicher Beginn, meist fehlender Meteorismus, blutiger Stuhl, Tenesmus, vor Allem ein fühlbarer Tumor stützen die Diagnose.

2) Da, wo heftige Erscheinungen trotz Opium eine Incarceration mit schwerer Darmquetschung vermuthen lassen.

3) Wo nach anfänglicher Beruhigung der Erscheinungen von neuem schwere Symptome auftreten oder rapider Kräfteverfall auftritt. Dazu kämen natürlich die Fälle, wo etwa ein Zusammenhang mit einer Hernie anzunehmen ist.

Die Technik und Methode der Laparotomie muss den Chirurgen überlassen werden, insbesondere, ob die Anlegung eines Anus praeternaturalis empfehlenswerth ist.

Aerztlicher Bezirksverein Erlangen.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung am 19. November 1888.

Bezirksarzt Dr. **Maurer** demonstrirt einen **Nasenstein.** Derselbe stammt aus dem hintersten Theile der rechten Nasenhöhle einer älteren Frau, die über Schwerathmigkeit und Unwegsamkeit der Nase klagte. Da die Frau einen Herzfehler hatte, überdies vor mehreren Jahren an Nasenpolypen angeblich operirt worden war, so war es anfangs nicht klar, worauf Kurzathmigkeit und Verschluss der Nasenhöhle zurückzuführen war, bis eine Untersuchung der Nasenhöhle mit Stahlsonde die linke Nasenhöhle frei, die rechte hinten durch einen sehr harten, rauhen Körper total verstopft ergab. Der fremde Körper wurde mit der Kornzange nicht ohne Schwierigkeiten und unter beträchtlicher Blutung extrahirt, obwohl er im schmalen Durchmesser gefasst worden war.

Das Concrement ist im Ganzen von kahnförmiger Gestalt, mit unterer und vorderer stumpfer Kante und oberer concaver Fläche. Maasse: von vorne nach hinten 17—18 mm, von oben nach unten 14—15 mm, von rechts nach links: oben vorne 11 mm, oben hinten 8 mm, unten vorne 7 mm, unten hinten 4 mm. Gewicht 2,25 g. Die ganze Oberfläche des Steines bis auf die obere Fläche ist rauh, feinhöckerig und dunkel gefärbt und incrustirt, beim Anschneiden sehr hart und von glänzender Schnittfläche. Der Länge nach in der Mitte durchsägt, zeigt sich eine bis 4 mm dicke, steinharte, homogen graue Schale mit centraler, sehr regelmässiger, ovaler Höhle von 7 5 mm Durchmesser, in welcher als Kern ein kleiner hellgelber Steinobstkern (wahrscheinlich Vogelkirschen) liegt.

Mit der Extraction war die Schwerathmigkeit gehoben. Es ist anzunehmen, dass der Kirschkern vor langem, wahrscheinlich in der Jugend der Frau, in die Nasenhöhle gerathen ist und sich in dieser Zeit incrustirt hat. (Schluss folgt.)

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 26. Februar 1889.

Vorsitzender: Herr Schede.

I. **Demonstration.** Herr Lauenstein demonstrirt einen 51jährigen Mann, an dem er wegen (nicht carcinomatöser) Pylorusstenose die Pylorusresection gemacht hat. Patient brach seit Monaten alles Genossene wieder aus, hatte Oedema pedum und zeigte absolut keine Salzsäure im Magensaft, war aber noch in leidlichem Ernährungszustande. Die Heilung erfolgte prompt; Patient nahm in 6 Wochen 25 Pfund an Gewicht zu. Demonstration des kranken und resecirten Pylorus, der in Folge einer Ulcusnarbe stenotisch geworden war). — In der Epicrise betont Lauenstein die Wichtigkeit des allgemeinen Kräftezustandes für das Gelingen von Magenresectionen. Die Operation dauere jetzt bei ihm in der Regel etwas über $1^1/_2$ Stunden. Stenosen des Pylorus sollten möglichst bald einem Chirurgen überwiesen werden, der hier allein radicale Hülfe schaffen könne. Wichtig vor der Operation ist eine künstliche Erwärmung des Kranken und sehr ausgiebige Magensausspülungen zur Desinfection des letzteren. Diese Ausspülungen wirken zugleich wie eine intravenöse Infusion. Lauenstein fand bei seinen Kranken unmittelbar nach der Operation eine starke Diurese (bis zu 1600 cbcm Urin), während dieselbe sonst vermindert war. Zur Operation soll man nur wenig Instrumente und möglichst sparsame Assistenz benutzen. Von ersteren braucht Lauenstein nur Messer, Scheere, Arterienpincetten, Nadel und Faden, eventuell eine Martini'sche Klemmzange für das Netz. Vor dem Gebrauch trocknet Lauenstein die Instrumente vollständig ab, damit keine Carbolsäure in die Bauchhöhle gelangt. Auch auf eine besonders sorgfältig geleitete Narcose legt Lauenstein grossen Werth. Er schliesst mit einer erneuten Aufforderung an die Vertreter der internen Medicin, ihre Kranken mit Pylorusstenose möglichst frühzeitig den Chirurgen zu überweisen.

II. Herr **G. Cohen: Beitrag zur Casuistik der Mediastinal-Affectionen.**

Cohen referirt die ausführliche Krankengeschichte einer 24jährigen Frau, die an einem Fibrosarcom des vorderen Mediastinums nach 2jähriger Krankheit zu Grunde ging.

Patientin stammte aus tuberculöser Familie und hatte selbst als Kind Keuchhusten, später Typhus durchgemacht. In 19 Jahren verheirathet, hatte sie einmal geboren; im Wochenbett entstand eine Neuralgie im rechten Arm, die nach einjähriger Dauer verschwand. Ende 1886 traten Beschwerden eines Vaginalprolapses auf und gleichzeitig ein hartnäckiger, trockener Bellhusten. Die physikalische Untersuchung fiel fast negativ aus. Der Prolaps wurde Anfang 1887 von weil. Prof. Schröder operativ beseitigt, doch wurde das Allgemeinbefinden schlechter, auch der Husten besonders quälender. Im März constatirte Cohen eine Dämpfung oberhalb des Herzens, starke Vorwölbung der Rippen links, ferner pericarditisches Reiben, den Spitzenstoss an normaler Stelle, eine abnorme Pulsation über dem Herzen, die Töne rein.

Die Differentialdiagnose schwankte zwischen einem Aneurysma der Aorta, einem pulsirenden Empyem, einem Tumor der Lungen oder des Mediastinums, einer Pericarditis mit unregelmässigen Verwachsungen.

Im Sommer 1887 trat linksseitige Intercostalneuralgie und Neuralgie im linken Arm auf. Kussmaul, der dann die Kranke sah, hielt die Affection für ein pulsirendes Empyem zwischen Ober- und Unterlappen. Ein Aufenthalt in Montreux brachte erhebliche, vorübergehende Besserung zu Stande. Im November trat wieder Verschlimmerung ein und Patient ging nach Malaga. Hier bildeten sich Drüsenschwellungen an der linken Seite des Halses, die Kussmaul für tuberculös erklärte; zugleich nahm er eine Tuberculose der Mediastinaldrüsen an. Im Frühjahr 1888 fand Cohen eine sternförmige Venenerweiterung auf der Haut über dem Manubrium sterni. Das Allgemeinbefinden war sehr schlecht; Fieber, Husten und Schmerzen brachten Patientin sehr herunter. Eine Punction im Bereiche der Dämpfung verlief resultatlos. Im August 1888 traten Symptome einer Compressionsmyelitis im Brustmark auf: Paralyse beider Unterextremitäten, spastische Zuckungen derselben, grosser gangraenöser Kreuzbeindecubitus. Der Tod erfolgte am 26. November 1888 im höchsten Marasmus.

Die Section ergab totale Synechie des Pericards, einen grossen Mediastinaltumor, welcher den oberen linken Lungenlappen fast völlig bedeckte, Metastasen in der linken Lunge und den supraclavicularen Lymphdrüsen. Der Tumor hatte den 6. und 7. Halswirbel durchwachsen und das Rückenmark zur Erweichung gebracht.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein Fibrosarcom.

Epikritisch bemerkt Vortragender, dass Fibrosarcome des Mediastinums im jugendlichen Alter nicht so sehr selten seien. Ungewöhnlich in seinem Falle sei besonders die lange Dauer und das anfängliche Wachsen und Wiederabschwellen des Tumors. Pulsation bei festen Mediastinaltumoren fand Cohen nur in 2 Fällen in der Literatur verzeichnet. Eine Durchwachsung der Wirbel wurde nirgends beobachtet. Auffallend im vorliegenden Falle war auch der Mangel jeder sonstigen Compressionserscheinung (Trachea, Oesophagus), obgleich die Nachbarorgane ganz vom Tumor umwachsen waren. Jaffé.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 3. Januar 1889.

Vorsitzender: Herr Dr. Gottl. Merkel.

Herr Dr. **Baumüller** berichtet über die Resultate der von ihm vorgenommenen Untersuchungen der Schulkinder in den ersten Schulclassen bezüglich des Vorkommens der **Rückgratsverkrümmung.**

Es wurden bisher 817 Knaben und 805 Mädchen untersucht und unter ersteren 92, unter letzteren 114 mit rechts- und linksseitiger Partial- oder Totalskoliose gefunden. Daraus berechnet sich für die Knaben ein Procentsatz von 11,26, für die Mädchen ein solcher von 14,16, für alle 1622 Kinder ein solcher von 12,7 Proc. Schlüsse zu ziehen hält Vortragender für noch nicht angezeigt, doch ist er der Ueberzeugung, dass die vorgefundenen Fälle, der Mehrzahl nach natürlich noch nicht fixirte Skoliosen betreffend, bereits in die Schule mitgebracht wurden. Diese statistischen Erhebungen sollen durch sechs Jahre hindurch fortgesetzt werden.

Sitzung vom 17. Januar 1889.

Vorsitzender: Herr Dr. Gottl. Merkel.

Herr Dr. **Göschel** berichtet über einen glücklich operirten Fall von **Myoma uteri.**

Frau C., 42 Jahre alt, mit 18 Jahren zum ersten Male menstruirt, hat 8 Mal normal geboren, zum letzten Male im Jahre 1877. Menstruation immer regelmässig. Seit 1885 allmähliches Grösserwerden des Leibes und Schmerzen, welche zur Zeit der Menses exacerbirten. Seit Anfang November 1888 Urinträufeln, in der letzten Zeit starke Abmagerung, Oedem der Unterextremitäten. Die Untersuchung der stark abgemagerten, schlecht genährten Patientin ergibt eine sehr starke Ausdehnung des Leibes; Umfang 101 cm. Man fühlt durch die Bauchdecken einen aus dem Becken herausragenden, eiförmigen über mannskopfgrossen, derben Tumor. Von der Scheide aus lässt sich ein grosser Theil desselben abtasten. Der Muttermund ist sehr hoch oben über der Symphyse als seichte Querfalte zu fühlen, Uteruskörper nicht mehr erkennbar. Blase stark nach oben und rechts verzogen. Sonstige Organe normal. Am 9. I. 1889 Operation. Bauchschnitt 20 cm lang in der Mittellinie, worauf sich die glatte, derbe Geschwulst präsentirt. Doppelte Unterbindung und Durchtrennung der Vasa spermatica und Ligament. rotunda; dann wird die Geschwulst über die Symphyse hervorgewälzt und durch einen Kreuzschnitt auf der hinteren Fläche das Geschwulstbett eröffnet. Ausspülung des theilweise cystisch entarteten Tumors, wobei sich von unten her das stark ausgezogene hintere Scheidengewölbe als ein sackförmiges Gebilde

nach oben hervordrängt. Nachdem hierauf der Uterus möglichst tief mit einem Schlauch umschnürt ist, wird derselbe etwa 4 cm oberhalb des Schlauches abgetragen, die eröffnete Uterushöhle mit dem Thermocauter ausgebrannt und sämmtliche sichtbaren Gefässlumina unterbunden. Sodann wird die vordere mit der hinteren Uteruswand vernäht und der Peritonealüberzug darüber ebenfalls durch Seidennähte vereinigt. Nach Abnahme des Schlauches und sorgfältiger Reinigung der Peritonealhöhle wird der Stumpf in die Bauchwunde eingenäht und der Rest derselben durch die Naht vereinigt. Die durch Einnähung des Stumpfes in die Bauchwunde entstandene kleine Höhle wird mit Jodoformgaze tamponirt; antiseptischer Verband; Heilungsverlauf normal.

Herr Dr. **Seiler** demonstrirt pathologisch-anatomische Präparate von einem 63 jährigen, am 15. I. 1889 im Sebastianspitale nach 8 wöchentlichem Aufenthalte plötzlich verstorbenen Manne, der an **Oesophagus-Carcinom** litt und daneben die Erscheinungen mässiger Heiserkeit bot. Der Fall ist dadurch interessant, dass eine Verjauchung einer carcinomatösen Mediastinaldrüse zu einem Abscesse im vorderen Mediastinum führte, der dem Durchbruch in die Trachea nahe ist, aber vor allem gegen den Herzbeutel vorgerückt und in der Nähe des Umschlags des Pericards auf die Pulmonalis dasselbe erreicht hat. Durch diese Nachbarschaft entstand eine serös fibrinöse Pericarditis, die zu dem plötzlichen Tode die Veranlassung gab. Weiter interessant ist, dass sich über der rechten Clavicel eine carcinomatöse Drüse (auch diagnostisch wichtig) findet, mit der der rechte Nerv. recurrens verwachsen ist, so dass auch eine in ihrem causalen Zusammenhang im Leben gewiss nicht zu erklärende Recurrenslähmung bewirkt wird.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 22. Februar 1889.

Docent Dr. **Lorenz** macht eine vorläufige Mittheilung von grosser Wichtigkeit über die **Behandlung von Gelenkscontracturen**, welche wir als unmittelbare Folge einer entzündlichen Reizung oder einer Entzündung irgend eines der Gelenksconstituentien auftreten sehen, und die Behandlung jener activen Contracturen, welche durch reflectorische Muskelspasmen bedingt sind. Durch diese Spasmen wird bekanntlich ein entzündlich afficirtes Gelenk in einer gewissen Stellung fixirt. Diese Gelenksfixirung betrachten wir allgemein als das wichtigste Symptom einer im Uebrigen noch latenten entzündlichen Gelenksaffection (z. B. Mitbewegung des Beckens bei frischer Coxitis). Sollte der Ausdruck Reflexcontracturen auf Widerstand stossen, so könnte man diese Contracturen als primär entzündliche Contracturen bezeichnen.

Zum Redressement dieser Contracturen ist entweder ein langwieriges oder complicirtes Extensionsverfahren nöthig, oder man muss zu tiefer Chloroformnarcose seine Zuflucht nehmen, um die Muskelspasmen zu beseitigen und die Contracturstellung zu beheben.

Als einfacheres und mit Sicherheit zum Ziele führendes Verfahren wird von Docent Dr. Lorenz die Cocaïninjection in den betreffenden Gelenksraum empfohlen.

Man versieht eine gewöhnliche Pravaz'sche Spritze mit einer etwas längeren Nadel und injicirt unter antiseptischen Cautelen 0,05—0,1 = eine halbe bis eine ganze Spritze einer 10 proc. Cocaïnlösung in das fixirte Gelenk.

Bei Coxitis wählt man mit Vortheil die hintere Seite des Gelenkes knapp oberhalb der Trochanterspitze zum Einstich und führt die Nadel in der Richtung des Schenkelhalses und längs diesem in die Tiefe.

Nach der Injection verschwindet momentan der Schmerz und nach wenigen Minuten kann man das contracte Gelenk in die gewünschte Correcturstellung überführen und in derselben fixiren oder extendiren.

Dabei ist ein äusserst schonendes, ganz allmähliches Vorgehen unbedingt nöthig.

An frischen Fällen von Gonitis mit Beugecontractur wurde das Verfahren ebenfalls erprobt.

Von dem allergrössten, praktischen Vortheile ist das Verfahren beim spastischen Plattfusse, welcher bisher nur durch lange Bettruhe oder in tiefer Narcose redressirt werden konnte. Welche Uebelstände eine tiefe Narcose bei ambulanten Patienten mit sich führt, braucht nicht erst erörtert zu werden. Die Häufigkeit dieser Fälle in den orthopädischen Ambulatorien liess diese Uebelstände nur um so fühlbarer erscheinen.

Eine Cocaïninjection in das Talonaviculargelenk behebt den Muskelspasmus momentan und der Fuss lässt sich in die hochgradigste Supination überführen.

Wiederholt konnte in dem orthopädischen Ambulatorium der Klinik Albert den versammelten Hörern demonstrirt werden, dass beiderseitige Plattfüsse in starrstem Pronationsspasmus nach der Cocaïninjection zu Schlotterfüssen wurden, welche man durch Schütteln der Unterschenkel zwischen Pronation und Supinationslage hin- und herschleudern konnte. Hiezu aufgefordert, führen die Patienten die active Supination, also das active Redressement der Contracturstellung mit Leichtigkeit aus.

Die Injection erfolgt in der Weise, dass man sich mit dem Fingernagel die Gelenksspalte hinter der Tuberositas navicularis markirt und die Nadel in der Richtuag gegen die Fussspitze einsenkt.

Es muss hervorgehoben werden, dass die Kinder das Cocaïn ausgezeichnet vertragen. Niemals wurden hier Intoxicationserscheinungen beobachtet.

Die stärkste Dosis betrug 0,2. Bei Erwachsenen ist Vorsicht räthlich. Zum Redressement eines spastischen Plattfusses genügen wenige Centigramm.

Seit mehreren Monaten wurde das Verfahren an der Klinik des Herrn Hofrathes Albert in mehreren zwanzig Fällen mit stets gleichbleibendem Erfolge angewendet und seitdem zur Beseitigung der primär entzündlichen Contracturen niemals mehr die allgemeine Narcose in Anwendung gebracht. Desshalb empfiehlt Docent Dr. Lorenz sein Verfahren zur allgemeinen Anwendung und behält sich detaillirtere Mittheilungen vor.

(Wr. Med. Presse.)

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Zur Behandlung der Diphtherie) liegen mehrere neue Mittheilungen vor. A. Seibert-New-York empfiehlt (Med. Monatsschrift, Jan.) eine Methode, die er als »Einpöckelung der Diphtherie« bezeichnet, da sie auf der Application grösserer Mengen Kochsalz in Substanz auf die erkrankten Parthien beruht. S. verfährt folgendermassen: »Sofort bei der ersten Visite führe ich eine dicke Lage feines Kochsalz auf dem angefeuchteten Rücken eines abgerundeten (nicht scharfkantigen) kleinen Esslöffelstieles über die Zunge bis zwischen die Tonsillen, dann drehe ich den Löffel nach rechts oder links, so dass die Kanten nun nach Oben und Unten stehen, und drücke so das Salz auf die diphtheritische Stelle und ihre Umgebung. Irgend welche Gewalt wird dabei nicht angewandt und kann man den Löffel und das Salz so leicht eine ganze Minute in situ halten. Beim Zurückziehen des Löffels bleibt das Salz an der Tonsille hängen. Nachdem der Löffelstiel mit einer neuen Lage Salz bedeckt ist, wiederholt man dieselbe Procedur auf der anderen Seite.

Erst nachdem einzelne Salzpartikelchen in die Nähe des Kehldeckels gefallen sind, entsteht Hustenreiz und in seltenen Fällen (bei empfindlichen Patienten) auch Würgen, und gelegentlich Erbrechen. In den meisten Fällen vertragen Kinder diese Salzapplication sehr gut. Erwachsene und grössere Kinder berichteten, dass erst nach der Verflüssigung des Salzes etwas Kratzen und Hustenreiz sich bemerkbar macht. Bei dem nachfolgenden Räuspern und Husten habe ich häufig Membranen abfallen sehen, was mich veranlasste, auf die nun rohe Geschwürsfläche eine neue Salzapplication zu machen.« Das Salz soll nun sehr rasch in das Gewebe eindringen und seine antiseptische Wirkung entfalten; schon nach kurzer Zeit verringern sich Fieber und Schmerz wesentlich, die Schwellung nimmt ab, die Theile werden blasser, das allgemeine Wohlbefinden bessert sich. S. empfiehlt die zum mindesten gefahrlose Methode, die er seit Juli 1888 ausschliesslich anwendet, bestens.

Aehnlichkeit mit dieser Methode hat der Vorschlag Lorey's (D. med. W.), der reichliches Einblasen von feinstem Zuckerstaub neben häufiger Ausspülung des Rachens mit schwacher Kochsalzlösung, empfiehlt.

Lewentauer-Konstantinopel berichtet (Centralbl. f. kl. Med. Nr. 8) über 2 weitere Fälle von idiopathischem Croup, die er nach der schon früher von ihm angegebenen Methode mit Ol. terebint. rect. behandelte. L. lässt das reine Oel kaffeelöffelweise geben, Morgens und Abends, daneben lässt er folgende Solution (Ol terebint, Tct. Eukal. glob., Acid. carbol āā 4,0, Alcohol 300,0, Aqu dest. ad 1000,0) Tag und Nacht ununterbrochen zerstäuben, resp. inhalliren. L. rühmt die Wirkung als specifisch.

Eine von Hennig-Königsberg in Berl. kl. W. Nr. 7 und 8 empfohlene neue (?) Behandlungsmethode der epidemischen Diphtherie besteht in der Anwendung von Kalkwasser und Eisblase. Regelmässige 1/4 stündige Gurgelungen mit reinem Kalkwasser; nach jeder Gurgelung ein Schluck (10—20,0) Kalkwasser innerlich zu nehmen; wer nicht Gurgeln kann, erhält das Mittel nur intern, aber in grösseren Quantitäten (20—30,0). Eisblase um den Hals, unter Vermeidung jeder Durchnässung der Wäsche. Gelegentlich Kali chlor. 2,0—6,0 : 200,0 2—3 stündl. 1 Thee- bis 1 Esslöffel innerlich. Als Nahrung reicht H. vorzugsweise Milch, ferner Ei, Bouillon, Fleisch.

(Subcutane Creosotinjectionen) empfiehlt Schetelig (D. Med. Ztg.) an Stelle der innerlichen Darreichung des C.; er verwendet 20—30 proc. Lösungen, von denen 4—12 g mittels Pravat-Spritze eingeführt werden können, ohne irgend welche üble Folgen für den Patienten; durchschnittlich injicirte S. 1—1,5 g Creosot täglich. Als positives Resultat dieser Behandlungsweise bei phthisischen Processen ergab sich bis jetzt eine antipyretische Wirkung des Creosot. Die Fiebertemperatur wurde unter allen Umständen herabgesetzt und zwar je nach der Höhe des Fiebers um 1—2,5° C. Bei Temperaturen von 38,5—39° genügen meist 1—1,5 g zur Herstellung der Norm, höhere Temperaturen scheinen grössere Gaben zu verlangen. Die Temperaturverminderung tritt selten vor einer Stunde ein und dauert nie mehr als 6 Stunden.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 5. März. Die Reichs-Pharmacopoe-Commission wird voraussichtlich Ende April oder Anfang Mai in Berlin zu einer Sitzung zusammentreten. Die an die einzelnen Mitglieder vertheilten Arbeiten sind bis zum April einzuliefern, um den Berathungen des Plenums als Unterlage zu dienen, so dass das Erscheinen einer neuen Ausgabe der Pharmacopoe in absehbarer Zeit zu erwarten sein dürfte.

— In Berlin hat sich eine laryngologische Gesellschaft gebildet, zu deren 1. Vorsitzen Prof. B. Fränkel gewählt wurde.

— Bei Berlin wird eine neue Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische erbaut werden, die Raum für 600 Erwachsene und 100 Kinder bieten soll. — Das neue städtische Krankenhaus am Urban wird durch einen ärztlichen Director, der zugleich Oberarzt einer der beiden einzurichtenden Krankenabtheilungen sein wird, geleitet werden.

— Der Verein der deutschen Irrenärzte hält seine diesjährige Jahressitzung am 12. und 13. Juni in Jena ab. Die Tagesordnung wird Anfang April veröffentlicht werden.

— Trichinose in Goes (Niederlande). In der bereits während des Jahres 1887 zweimal von Trichinenepidemien heimgesuchten Stadt Goes in der Provinz Seeland sind im November und December v. Js. abermals 2 Fälle von Trichinose aufgetreten. In einem dieser Fälle, in welchem ein Mädchen nach dem Genusse von Schweinefleisch, das bei der Fleischschau trichinenfrei befunden worden war, erkrankte, hat sich bei der nachträglichen Untersuchung die Trichinenhaltigkeit des betreffenden Fleisches ergeben. (V. d. K. G.-A.)

— In Rom wird die Gründung eines Pasteur-Instituts beabsichtigt.

— Die Zahl der Aerzte in Amerika ist viel grösser als die aller übrigen Staaten zusammengenommen. Wie kürzlich festgestellt ist, existiren in den Vereinigten Staaten im Ganzen 85,671 Aerzte, wovon 2432 weiblichen Geschlechts. Auf 100,000 Einwohner kommen in den verschiedenen Ländern: Vereinigte Staaten 122, Deutschland 70, England 66, Belgien 54, Frankreich 29, Oesterreich-Ungarn 27, Russland 18, Schweden 14. (D. Med. Ztg.)

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Mit Beginn des kommenden Sommersemesters übernimmt Professor Dr. Max Planck (Kiel) die Leitung der an hiesiger Universität neu zu errichtenden Anstalt für theoretische Physik, und wird derselbe neben Helmholtz die letztere dociren. — Budapest. Dr. L. Róna hat sich an hiesiger Universität als Docent für Syphilis und Dermatologie habilitirt. Prof. Victor Babes, der vor einiger Zeit von der hiesigen Universität beurlaubt wurde, damit er in Bukarest ein bacteriologisches Institut einrichten könne, wurde bei Beginn des laufenden Semesters vom Unterrichtsminister angewiesen, seine Vorlesungen an der Budapester Universität wieder aufzunehmen, da im entgegengesetzten Falle seine Lehrkanzel durch einen andern besetzt werden müsste. Babes hat darauf angesucht, seinen Urlaub noch um ein volles Jahr zu verlängern, da er sonst gar nicht zurückkomme und seine Entlassung aus dem ungarischen Staatsverbande nehme. Der Minister hat jedoch das Gesuch Babes' abschlägig beschieden und den Senat der medicinischen Facultät angewiesen, von dem auf ungarische Staatskosten ausgebildeten Professor die Entsagung von der Lehrkanzel abzuverlangen. Vorläufig wird Bacteriologie von Prof. Högyes und Histologie von Prof. Scheuthauer docirt. — **München.** Am 4. ds. habilitirte sich der Assistent der k. Frauenklinik dahier, Dr. Issmer, mit einer Schrift: »Ueber die Zeitdauer der menschlichen Schwangerschaft« und mit einem Vortrage: »Ueber Stieltorsion bei Ovarialtumoren« als Privatdocent für Gynäkologie und Geburtshilfe.

(Todesfälle.) Am 18. Februar ist in Gera Prof. Krukenberg (Jena) plötzlich gestorben, anscheinend durch Selbstmord. Der Verstorbene war, obwohl von Beruf Chemiker, in Folge seiner verdienstlichen Forschungen von der medicinischen Facultät als Professor nach Jena berufen worden, wo für ihn eine neue Professur für vergleichende Physiologie geschaffen wurde.

In Warschau ist einer der hervorragendsten Chirurgen, der dirigirende Arzt des Krankenhauses »zum Kindlein Jesu«, Dr. W. Orlowski, am 16. Februar gestorben.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Wohnsitzverlegungen. Bruno Kress von Gräfendorf nach Gochsheim bei Schweinfurt; Lorenz Hornung von Wörth a./M. nach Sulzheim, Bezirksamt Gerolzhofen. Der praktische Arzt Carl Sing hat seine Praxis in Türkheim aufgegeben und ist nach Erolzheim, königl. württembergischen Oberamtes Bibrach übergesiedelt.

Gestorben. Bezirksarzt I. Cl. Dr. Hans Lunkerbein in Karlstadt.

Erlediget. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Karlstadt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 8. Jahreswoche vom 17. bis 23. Februar 1889.

Brechdurchfall 5 (15*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 72 (85), Erysipelas 13 (20), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (3), Kindbettfieber 3 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 143 (199), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 4 (8), Parotitis epidemica 10 (5), Pneumonia crouposa 23 (13), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 39 (41), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 23 (17), Tussis convulsiva 17 (10), Typhus abdominalis 4 (1), Varicellen 18 (28), Variola, Variolois — (—). Summa 380 (447). Dr. Aub, k. Bezirksarzt

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 8. Jahreswoche vom 17. bis incl. 23. Februar 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (.*), Masern und Rötheln 6 (.), Scharlach 2 (.), Diphtherie und Croup 12 (.), Keuchhusten 1 (.), Unterleibstyphus — (.), Flecktyphus — (.), Asiatische Cholera — (.), Ruhr — (.), Kindbettfieber — (.), andere zymotische Krankheiten — (.).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 176 (.), der Tagesdurchschnitt 25.1 (22.7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 32.6 (29.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 25.5 (22.5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 22.0 (20.8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Strümpell, Ueber die traumatischen Neurosen. Berl. Klinik H. 3.
Rumpel, Ueber den Werth der Bekleidung und ihre Rolle bei der Wärmeregulation. S.-A. Arch. f. Hyg.
Renk, Untersuchungen über das Verstäuben und Verdampfen von Quecksilber. Berlin.
Geppert, Ueber das Wesen der Blausäurevergiftung. Mit 1 lithogr. Tafel. Berlin, 1889.
Hare, Pathology, Clinical History and Diagnosis of the Affections of the Mediastinum. Philadelphia, 1889.
Vestner, Promotions-Ordnungen für Mediciner. Nach amtlichen Quellen. Erlangen, 1889.
Zweifel, Cephalothrypter oder Cranioclast. S.-A.: Therap.-Mon., Febr.
Friedrich, Die deutschen Insel- und Küstenbäder der Nordsee. S.-A.: D. Med.-Ztg. Nr. 47, 1888.
Stern, Neue Lanolinsalben. S.-A: Therap. Monatsh., Febr.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.